UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TITULO

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR

Roberth Francisco Jiménez Novillo

DIRECTOR

Odont. Esp. Cristian Fernando Palacio Mendieta

Loja - Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 08 de Septiembre del 2016

Odont. Esp.
Cristian Fernando Palacio Mendieta
DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada: **"ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA."** Elaborada por el Sr. **Roberth Francisco Jiménez Novillo**, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión; cumpliendo con los requisitos establecidos por el Régimen Académico por la Universidad Nacional de Loja para para su aprobación. Por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Odont. Esp. Cristian Palacio Mendieta
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Todos los criterios, conceptos, opiniones, ideas, análisis e información presentada durante el desarrollo del presente trabajo investigativo son en su totalidad responsabilidad directa del autor.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca virtual.

Autor: Roberth Francisco Jiménez Novillo.

Firma:

Cédula 1104764731

Fecha: Loja, 08 de Septiembre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Roberth Francisco Jiménez Novillo declaro ser autor de la tesis titulada: "**ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA**" como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 08 días del mes de Septiembre del 2016, firma el autor.

Firma:

Autor: Roberth Francisco Jiménez Novillo

Cedula: 1104764731

Dirección: Gran Colombia y Tulcán (Cariamanga)

Correo Electrónico: roberthfjn@gmail.com

Teléfono: 072688252 **Celular:** 0969750412

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Odont. Esp. Cristian Fernando Palacio Mendieta.

Tribunal de Grado:

Presidente: Odont. Esp. Susana Patricia González Eras

Vocal: Odont. Esp. Andrea María Jiménez Ramírez

Vocal: Dr. Esp. Byron E. Serrano Ortega

DEDICATORIA

Dedicada con infinito orgullo a mis queridos padres
Jesús y Francisco
por ser la fuente primordial de amor y apoyo a mi vida.

A mis hermanos
Jairo, Jenner y sobre todo a mi adorada Glenda.
Por estar complementado mis días con sus palabras de aliento

Y de manera tan especial, a mi amada Abuelita,
ALBERTINA
El ángel que día a día me llenó de ánimo y siempre tuvo firme la esperanza
de verme culminar esta etapa de mi vida

Roberth Jiménez

AGRADECIMIENTO

Dios, ser maravilloso gracias por darme la fortaleza,
La suerte de conocer los valores y virtudes necesarias para salir siempre adelante pese a las dificultades que se han presentado en este trayecto.

Con un respeto total al Dr. Cristian Palacio M. director del presente trabajo, por su dedicación, colaboración y consejos que me permitió llevar a cabo la elaboración de ésta investigación.

A mis queridos padres y en general a mi familia por su comprensión infinita, cariño y apoyo permanente que me lleno de orgullo y fuerza para poder llegar a esta instancia de mi Vida

Y con mucho aprecio a todos los docentes de mi querida carrera que me brindaron sus conocimientos para mi correcta formación profesional y a todos mis compañeros, los cuales me brindaron su amistad y apoyo con los que compartí el tiempo necesario para llegar a quererlos como una sola familia.

Odontología….

Mi eterno agradecimiento para todos ustedes…..

Roberth Jiménez

INDICE

CERTIFICACIÓN..... II

AUTORÍA...…… III

CARTA DE AUTORIZACIÓN……..……...…IV

DEDICATORIA. …….……..…VI

AGRADECIMIENTO..……..……...VII

1. TITULO.....1

2. RESUMEN 2

3. INTRODUCCIÓN.....4

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....7

1 ADULTO MAYOR.....7

1.1 Definición del Adulto Mayor. 7

1.2 El anciano en la sociedad. 7

1.3 Los adultos mayores en el Ecuador. 8

1.4 Salud en el Adulto Mayor. 10

1.5 Cambios en la Salud Oral del Adulto Mayor. 12

1.5.1 Factores que pueden influir en la salud oral del Adulto Mayor..... 13

1.5.2 Atrofia De La Mucosa Oral. 16

1.5.3 Cambios En El Tejido Óseo..... 18

2 TRATAMIENTO PROTÉSICO.....21

2.1 Prostodoncia. 21

2.2 Tipos de Prótesis Dentales. 21

2.2.1 Prótesis fija..... 22

2.2.2 Prótesis removible..... 23

2.2.3 Prótesis sobre implantes..... 23

2.2.4 Implantes dentales..... 24

2.3 Tratamiento Protésico Removible en el Adulto Mayor. 24

2.4 Factores que influyen en el uso de prótesis..... 25

2.4.1 Sexo: 25

2.4.2 Edad 26

2.4.3 Tipo de Prótesis..... 27

2.4.4 Experiencia Previa 28

2.4.5 Estado de Salud Mental 28

2.4.6 Autopercepción de Salud Oral 29

2.5 Efectos de la Rehabilitación Protésica. 30

2.5.1 Secuelas Directas. 30

2.5.2 Secuelas Indirectas..... 32

3 ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA 33

3.1 Estomatitis Sub-protésica..... 33

3.2 Tipos..... 36

3.3 Epidemiología. 40

3.4 Etiología. 40

3.4.1 Trauma ocasionado por la dentadura 40

3.4.2 Higiene de la prótesis. 41

3.4.3 Reacción irritante y alergia al material de la base de la prótesis. 42

3.4.4 Factores dietéticos 42

3.4.5 Factores sistémicos 43

3.5 Síntomas 43

3.6 Diagnóstico 44

3.7 Diagnóstico Diferencial 44

3.8 Tratamiento 45

4 MÉTODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL PARA EL PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS TOTALES. 47

4.1 Principios de la educación en salud oral 47

4.2 Niveles de Prevención. 48

4.2.1 Prevención Primaria. 48

4.2.2 Prevención Secundaria. 49

4.2.3 Prevención Terciaria. 50

4.3 Objetivos de la higiene en prótesis por parte del profesional. 50

4.4 Instrucciones para el paciente. 51

4.4.1 Instrumentos mecánicos de limpieza. 53

4.4.2 Otros limpiadores de dentaduras. 56

5. MATERIALES Y METODOS 57

6. RESULTADOS 62

7. DISCUSIÓN 64

8. CONCLUSIONES.....66

9. RECOMENDACIONES 67

10.BIBLIOGRAFIA.....68

11.ANEXOS.....76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN EL GÉNERO 62

Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN EL TIPO DE PROTESIS. 62

Tabla 3. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN EL MATERIAL DE LA PROTESIS. 63

Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN EL GRADO DE LA LESIÓN REFERENTE A LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON. 63

ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN 1 GRADO I. Petequias en tejido Palatino.....37

IMAGEN 2 GRADO I. Área hiperémica localizada y puntos eritematosos 37

IMAGEN 3 GRADO II. Petequias en tejido Palatino Normal y marcado contorno de la prótesis 37

IMAGEN 4 GRADO III. Hiperemia de la mucosa y de aspecto nodular en el área cubierta por la prótesis.....38

1. TÍTULO.

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA.

2. RESUMEN

La estomatitis sub protésica se considera una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los sujetos portadores de dentaduras removibles parciales o totales. Por tanto, el propósito de este estudio fue determinar los grados de Estomatitis sub protésica según la clasificación de Newton en los adultos mayores portadores de prótesis bucales removibles de los Centros Gerontológicos del sector urbano del Cantón Loja en el periodo Marzo – Junio 2016, así como conocer el tipo de prótesis más utilizada, el material del que están fabricadas y el estado en el que se encuentran mismas. Este fue un estudio observacional, descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, en un universo de 119 Adultos Mayores y en el que se obtuvo una muestra de 68 personas portadoras prótesis removibles, siendo 43 mujeres y 25 hombres que presentaron la estomatitis sub protésica; para la determinación de dicha enfermedad se realizó un examen clínico de la cavidad bucal de los participantes para la valoración del estado en el que se encuentra la mucosa de los participantes y sus prótesis dentales. Los datos que se obtuvieron nos indican que el género femenino es el más afectado con un 63.2 %, además el 83.8% de los adultos mayores de los centros gerontológico usan prótesis totales acrílicas y que el 51.5% de los Adultos Mayores presentan estomatitis sub protésica Grado II según la clasificación de Newton. Todos los resultados del presente proyecto se obtuvieron con la hoja de cálculo Microsoft Excel 2013 versión 14.0, lo mismos que son muy fundamentales para lograr una planificación y gestión de la salud bucal en los adultos mayores, y nos brindan información sobre la salud oral de los pacientes geriátricos a nivel local, para la elaboración de posteriores proyectos.

Palabras Clave: Estomatitis Sub Protésica, Prótesis dentales

ABSTRACT

The denture stomatitis is considered one of the most common diseases that affect the oral tissues of subjects with partial or total removable dentures. Therefore, the purpose of this study was to determine the degree of Stomatitis sub prosthetic as rated by Newton in elderly patients with removable oral prosthesis gerontology centers in the urban sector of Loja Canton in period March - June, and to know the most commonly used type of prosthesis, the material they are made and the state in which they are themselves. . This was an observational, descriptive, quantitative and cross-sectional study in a sample of 68 people carrying removable dentures was obtained, of which 43 women and 25 men who developed prosthetic stomatitis sub; giving a 100% occurrence of disease, for determining the disease used a record of clinical observation for the respective assessment of the state in which it is the mucous of the participants and the state of the prosthesis. The data obtained indicate that the female is the most affected with 63.2%, also 83.8% of adults over the gerontological centers use acrylic prothesis and 51.5% of the elderly have sub stomatitis Prosthetic Grade II classification according to Newton. All results of this project were obtained with the spreadsheet Microsoft Excel 2013 version 14.0, the same that are very essential for effective planning and management of oral health in older adults, and provide us with information on oral health geriatric patients locally, for the development of subsequent projects.

Keywords: Stomatitis subprotesic, Dentures

3. INTRODUCCIÓN

Con la edad, la mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, pero factores locales adquiridos a lo largo de la vida (dieta, prótesis, entre otros), pueden influir en dichos cambios, provocando alteraciones en la mucosa, puesto que se relaciona más directamente con la prótesis dental y sobre ella se asienta. La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica, no fisiológica; los efectos de presión, tracción y empuje que se producen pueden causar acciones irritantes (Lemus & Ghols, 2012)

Las enfermedades bucodentales se encuentran entre las enfermedades de mayor demanda de atención de los servicios del país, y la caries dental que es una de las patologías más prevalentes, seguida de las patologías periodontales, y afecciones de tejidos blandos, y continuando con las mal oclusiones (M.S.P, 2012)

En el estudio de (Bascones, 2011) determinó que la estomatitis sub protésica en una patología inflamatoria que se asocia a la utilización de prótesis dentales removibles y a una de las que con más frecuencia se diagnostica en la cavidad bucal, este problema afecta aproximadamente al 70% de los portadores de prótesis removibles en una población de 120 ancianos realizada en la ciudad de Bogotá,

La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida, especialmente en la población geriátrica, cada vez más numerosa por lo que en nuestro país tenemos un índice de envejecimiento del 25,97% (adultos mayores de 60 años) (OMS, 2009).

El tratamiento de los problemas bucales de los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez (Martell, 2013).

Es relevante destacar el porcentaje que se logró determinar en un proyecto de revisión a largo plazo a pacientes portadores de prótesis removibles en la Paulatina Universidad de CHILE en el cual el 68% de los pacientes presentó alteraciones en la mucosa compatibles con estomatitis sub protésica (Gutiérrez, Medina, & Sanchez, 2013)

Se conoce que la etiología de la estomatitis sub protésica es multifactorial, destacándose la mala higiene, uso prolongado de la prótesis removible, dieta y factores sistémicos y se ha comprobado la relación estrecha del desarrollo del hongo Cándida, apareciendo hasta en el 75 % de los casos (Espasandín & Martínez, 2013).

En estudios realizados por (García 2012) para determinar cuál es el género con mayores problemas de estomatitis sub protésica, se determinó que el predominio es en el género femenino en un 77,58 %, la disfunción masticatoria se presentó como la afección buco-dental más frecuente en el grupo estudiado, seguida por la estomatitis sub protésica en una población de 130 personas mayores de 60 años (García & Abreu, 2012).

Estudios analíticos determinan que esta enfermedad constituye un factor de riesgo para la aparición de lesiones pre malignas y malignas de la cavidad bucal, por lo que se decide determinar la frecuencia de estomatitis sub protésica en los pacientes

rehabilitados por más de 2 años en cuanto a edad, sexo, localización y grado de severidad de la lesión (V, Carreira, & Alamagro., 2010).

Con los antecedentes citados, se considera que existe la necesidad de realizar un estudio en el que se pueda determinar cuál de los tipos de estomatitis sub protésica según Newton, es más común, para que, seguidamente se pueda utilizar esta información en el momento de realizar el examen clínico de estos pacientes y hacer más sencillo su diagnóstico y tratamiento además contribuir con la educación de salud e higiene bucal, de los paciente que utilizan prótesis removibles totales o parciales.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1 ADULTO MAYOR

"En la sociedad actual, el porcentaje de población anciana es cada vez mayor. Estamos acudiendo a un incremento en el índice de envejecimiento de los distintos países. Las tasas de natalidad, son cada vez más bajas ..."

"...Envejecer significa emprender algo nuevo: las circunstancias cambian y se está obligado a un descanso forzoso o a asumir otras tareas con lucidez y decisión..."

J.W.Goethe

1.1 Definición del Adulto Mayor.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años de edad son consideradas de edad avanzada. De 75 a 90 viejas y ancianas, y las que sobrepasan los 90 se los denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social. Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo (OMS, Organizacion Mundial de la Salud, 2013).

1.2 El anciano en la sociedad.

El papel del anciano en la sociedad actual (especialmente en los países desarrollados) está en un cambio constante. Por un lado parece quedar relegado por una visión economicista de la vida. Por otro lado, esta misma visión confirma que se crean nuevos

problemas que hay que intentar resolver con nuevas fórmulas. Al fin y al cabo, la mayoría esperamos llegar a esta edad (Gracey & Craige, 2009)

Tras destacar que nuestras sociedades, que suelen basarse en el criterio de la eficacia, no se han adaptado a la realidad que muestra que la vida del hombre se ha prolongado gracias a los avances de la medicina, el Papa Bergoglio afirmó que la CULTURA DEL DESCARTE considera a los mayores un peso porque no producen, sino que constituyen una carga y a quienes se los desecha

Este es un dato comúnmente similar tanto en la Asamblea General sobre el Envejecimiento organizada por las Naciones Unidas (Madrid, abril de 2012), se subrayó que en el mundo se está produciendo una transformación demográfica sin precedentes, debido al consistente aumento del número de sujetos ancianos.

En las proyecciones realizadas para el año 2050 las personas con más de 60 años en el mundo pasarán desde los actuales 600 millones a 2 millardos, con una variación porcentual del 10% al 21%. El aumento de los individuos ancianos, sobre todo en las naciones de elevado desarrollo tecnológico, se debe no sólo a la disminución de la mortalidad, debido a los progresos en el campo de la medicina, y a la mejora de las condiciones higiénicas y de alimentación, sino también a la disminución de los nacimientos, que por muchas razones ha caracterizado la segunda mitad del siglo pasado (Bartolotti, 2006)

1.3 Los adultos mayores en el Ecuador.

Constitución de la República del Ecuador, "Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la

violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad

En el Ecuador hay 1’229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%).

A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados 83% (MIES, 2012).

El 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por: problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%) (VILLACIS, 2011)

El proceso de envejecimiento difiere de acuerdo a la condición social. Debido a ello es necesario continuar desarrollando propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida a través de planes, programas y proyectos

donde las personas adultas mayores sean entes activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad.

Según datos del MIES y otras organizaciones tenemos.

- 45% en condiciones de pobreza y extrema pobreza por NBI.* (424.824 AM)
- El 42% vive en el sector rural.* (395.180 AM)
- 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo.**(Dato 2013)
- 14,9% son víctimas de negligencia y abandono (PNBV).
- 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo. (MIES, IESS, ISSFA, & ISSPOL, 2012)

1.4 Salud en el Adulto Mayor.

Cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor, suelen venir a la mente una serie de sistemas que pueden estar comprometidos. Es así como casi en forma automática, se recuerdan el sistema cardiovascular, músculo esquelético y genitourinario entre otros, olvidando comúnmente uno, que en cualquiera de sus estructuras puede comprometer en diversos grados la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático.

A pesar de que la salud oral del paciente adulto mayor está determinada por diversos factores tanto propios como ambientales, es un útil indicador de los cuidados odontológicos recibidos por el paciente durante toda su vida. Al respecto, hoy se sabe que en un alto porcentaje, la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total.

La patología que es posible encontrar en la boca del adulto mayor es variada, pero claramente existen cuadros más frecuentes, que debieran orientar en cuanto al énfasis preventivo y al tratamiento de elección. Como todo sistema, éste puede presentar alteraciones de orden degenerativo, patología tumoral, traumatismos y enfermedades de origen infeccioso. Dentro de estas últimas, existen dos que merecen especial análisis por constituir ambas problemas de salud pública; la caries y la enfermedad periodontal (Gonzáles, Herrera, Osorio, & Madrazo, 2010).

Es esencial entender que aparte de todos aquellos factores que convierten a cualquier paciente en un individuo propenso a sufrir alteraciones de la salud oral, existen en el paciente geriátrico una serie de características que aumentan este riesgo y que con frecuencia dificultan que todas las medidas preventivas y terapéuticas disponibles puedan llevarse a cabo en forma ideal. Este hecho evidentemente puede alterar el curso de una enfermedad, prolongando su duración o empeorando el pronóstico, posibilidad que debe ser conocida por el paciente. (Melgar & Penny, 2012)

La odontología geriátrica es la atención de la salud bucal para personas de 65 años de edad y más, además la atención odontológica para personas de cualquier edad cuyo estado físico general este significativamente influenciado por procesos degenerativos y enfermedades que se asocian habitualmente con la persona mayor (Londwns & Robinson, 2006).

Algunos autores definen a la odontología geriátrica como “la atención odontológica dirigida a personas mayores con una o más enfermedades crónicas, que implican deterioro físico o mental debilitantes, con problemas asociados psicosociales, y/o derivados de tratamientos medicamentosos”. Estarían englobados en este tipo de pacientes los que padecen enfermedades cardiovasculares serias; los que reciben gran

cantidad de medicamentos, generalmente con interacciones entre ellos; los que toman corticoides en forma permanente; los que tienen demencia senil, vascular o enfermedad de Alzheimer; los que tienen trastornos de conducta que hacen muy difícil su atención; los pacientes renales; los diabéticos; los pacientes muy ancianos que se fatigan con facilidad, etc.

Muchas de estas condiciones se incrementan con la edad, pero no son consecuencia del envejecimiento (Quintero, 2011)

1.5 Cambios en la Salud Oral del Adulto Mayor.

El envejecimiento de la cavidad bucal genera modificaciones en los dientes, sus tejidos de soporte, los músculos, las glándulas salivales y las mucosas. En los adultos mayores la mucosa oral generalmente presenta un aspecto brillante, la encía pierde su punteado, hay menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a las influencias externas, siendo dañadas más fácilmente.

Algunas de las alteraciones de la mucosa que presentan estos pacientes son; la hiperqueratosis, queilitis angular, hiperplasia, penfigoides y la estomatitis sub-prótesis, entre otra. La atención odontológica primaria en el paciente adulto mayor, se refiere al cuidado de la salud bucal para personas de 65 años de edad y mayores. Esta atención debe tener un enfoque esencialmente preventivo y estar orientada hacia la instrucción tanto del paciente como del personal o familiar que se encuentre a cargo de su cuidado. La educación impartida deberá incluir las diferentes medidas para el control de la placa bacteriana, el cuidado y correcto uso de las prótesis dentales, utilización de flúor en la prevención de caries radicular, control de afecciones de la articulación temporo-mandibular y detección precoz de cáncer orofacial (Ezquivel & Galarza, 2006).

Los tejidos orales y periorales no escapan del proceso de envejecimiento y en ellos se puede observar diferentes cambios que se pueden clasificar como:

- Los propios de cada tejido bucal
- Los ocasionados por el deterioro sistémico que se refleja en los tejidos orales.
- Los producidos por medicamentos o elementos terapéuticos utilizados en estos pacientes.

La condición bucal del adulto mayor tiene gran influencia en la selección de los alimentos y, por ende, en su condición nutricional. Es así como las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis dentales completas, seleccionan su dieta comprometiendo su nutrición. La razón principal del cambio es la disminución de la función sensorial de la boca. Esta alteración afecta también a los adultos mayores, tanto dentados como desdentados parciales, en los que los cambios propios de la edad disminuye significativamente la percepción de los sabores, la dureza y la textura de los alimentos, haciendo que decrezca su interés por alimentarse (Ezquivel & Galarza, 2006).

Un dato importante que se logró obtener de la investigación de Montya y Gonzales en el que aportan que durante el proceso de envejecimiento se dan cambios a nivel del sistema estomatognático (Gil-Montoya, Subirá, & González, 2008).

1.5.1 Factores que pueden influir en la salud oral del Adulto Mayor

1.5.1.1 Presencia de una o más enfermedades de base

Las enfermedades de base que debemos considerar por su directa o indirecta relación en la salud oral son la diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y coagulopatías, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones

visuales y motoras, alteraciones nutricionales, alteraciones de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de inmunosupresión.

Cuando un paciente presenta alguna de estas patologías, es primordial que el cirujano dentista determine si el paciente está en tratamiento y si el cuadro se encuentra estabilizado, antes de ejecutar cualquier maniobra odontológica, por sencilla que ésta pueda ser. Si las circunstancias lo ameritan, el paciente debe ser remitido al médico tratante para su evaluación, aunque ello implique la postergación del tratamiento dental.

En el caso de pacientes que presentan afecciones hepáticas y renales, las precauciones deben centrarse en las alteraciones sistémicas que generan estos cuadros, especialmente a nivel circulatorio, hematológico e inmunológico y que pudiesen complicar el tratamiento dental. Además es de rigor el ajuste de las dosis de cualquier fármaco a indicar, pues éstos casi sin excepción se metabolizan en el hígado y excretan vía renal, con lo que inevitablemente las concentraciones de fármaco que recibe el paciente sufren modificaciones. Pacientes con alteraciones motoras, visuales y mentales, indiscutiblemente se encuentran limitados para mantener una adecuada higiene oral. En ellos es fundamental indicar técnicas de aseo simplificadas, de lo contrario la terapia no tendrá los resultados esperados y redundará en incumplimiento y frustración por parte del paciente (Montes, 2008)

1.5.1.2 Terapia farmacológica variada y con frecuencia de larga duración.

Entre 65 y 90% de los ancianos consumen algún medicamento (OMS, Organizacion Mundial de la Salud, 2013).

Todo fármaco administrado a un paciente, junto con ejercer su acción farmacológica benéfica, lleva asociada la capacidad de producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo, especialmente en tratamientos de larga duración. Además se

ha determinado que son capaces de interactuar con otros fármacos administrados en forma concomitante, pudiendo modificarse el metabolismo de ambos y por ende su acción final en el paciente. Estos fenómenos deben ser ampliamente conocidos por el profesional que los indica, para controlar su efecto y contrarrestarlos cuando sea posible y su eventual aparición debe ser explicada al paciente antes de iniciar la terapia, para que esté prevenido en caso de que ocurran (Melgar & Penny, 2012)

Muchos de los fármacos utilizados por pacientes geriátricos provocan como efecto secundario una disminución del flujo salival o xerostomía. Dentro de ellos están algunos analgésicos y antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, antihipertensivos, anticolinérgicos en general y derivados de los alcaloides opiáceos. La principal complicación derivada de xerostomía de larga duración es el aumento de incidencia de caries radiculares y de candidiasis oral, además de la aparición o aumento de las molestias en pacientes portadores de prótesis removible. Cuando un paciente padece esta alteración del flujo salival, es prioritario determinar la causa que la genera, antes de indicar cualquier producto. Así, en el caso de alteraciones reversibles como el stress y la ansiedad, pacientes con deshidratación, casos de diabetes no compensada o cuando la xerostomía es debida a determinados fármacos, la resolución del problema a menudo radicará en estabilizar la condición primaria, por ejemplo disminuyendo la dosis de un fármaco o reemplazándolo por uno no xerostomizante, cuando sea posible. Existen, sin embargo ocasiones en que la solución del problema es más difícil porque existe pérdida irreversible de elementos necesarios para el reflejo salival, por ejemplo a causa de la disminución de estímulos debida al deterioro senil, o más complicado aún, en las destrucciones de parénquima salival en pacientes con síndrome de Sjögren o pacientes irradiados por tumores de cabeza y cuello.

En estos casos o cuando el tratamiento con fármacos xerostomizantes se extienda por períodos largos, es altamente recomendable indicar productos que estimulen la secreción salival o bien otros que actúen humectando la mucosa bucal. Pacientes bajo terapia con anticoagulantes, requieren la suspensión temporal del fármaco, cuando el odontólogo requiera realizar procedimientos que provoquen algún grado de hemorragia (Kane, Ouslander, & Abrass, 2008).

1.5.1.3 Limitaciones de orden socio-económico

Es muy importante recordar, que aquellos pacientes que desde el punto de vista médico se definen como "adulto mayor", han sido también caracterizados en el ámbito social como un grupo que en su gran mayoría se encuentra en condiciones de dependencia económica y bajos ingresos. Este hecho debe considerarse al momento de indicar tratamientos dentales, pues suelen ser de alto costo, limitando su accesibilidad a gran parte de los pacientes. Por su parte los elementos de higiene dental, sin ser extremadamente caros, suelen ser a menudo considerados artículos menos prioritarios por muchos pacientes, en relación a otros productos de carácter indispensable. Es conveniente entonces, analizar tratamientos dentales alternativos de menor costo y adecuar al presupuesto del paciente los artículos de higiene oral a indicar (Pérez, Arce, Ferrás, & Hechavarría, 2008)

1.5.2 Atrofia De La Mucosa Oral.

Hace a los tejidos más vulnerables a los traumas y presiones durante la masticación produciendo malestar que obliga a la selección de alimentos más blandos (Carriera, Carmona, Quintana, & Alfaro, 2007).

1.5.2.1 Cambios en la función salival.

Por ello los pacientes ancianos no deben ser manejados de manera estandarizada, ya que cada uno de ellos ameritará el hacer adecuaciones especiales en su Plan de Tratamiento Odontológico, un buen flujo salival ejerce un efecto de barrido constante sobre la superficie dentaria y gracias a las propiedades neutralizantes de la saliva, contrarresta el pH ácido del metabolismo bacteriano (Dalmolín, 2011)

En cuanto a la función salival, en las mujeres se nota más el cambio de la reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia. La disminución del flujo salival no se reduce hasta aproximadamente los 60 años. La disminución del flujo salival afecta fonéticamente y puede hacer difícil la deglución de grandes porciones de alimentos, los adultos mayores presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en calidad como en cantidad, los cambios se pueden deber a atrofias de los acianos glandulares como parte del proceso de envejecimiento, o a la acción de medicamentos o radiación en la zona de la cabeza y cuello con tratamientos para el cáncer (Carriera, Carmona, Quintana, & Alfaro, 2007).

En los adultos dentados con baja eficacia para la masticación, el reducido consumo de alimentos fibrosos produce desordenes gastrointestinales. Las prótesis dentales adecuadas, han demostrado ser la condición principal para tener una buena alimentación de estas personas, contribuyendo a prevenir problemas digestivos como constipación, obstrucción intestinal aguda e irritación intestinal crónica, al permitirles aumentar la ingesta de alimentos con fibra (Gshwant & Winkler, 2010).

1.5.3 Cambios En El Tejido Óseo.

En el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales. Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas; también podemos encontrar un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, que incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, con probabilidad de fractura. Esto explica el relativo aumento de la densidad radiográfica en los pacientes de edad avanzada. En los adultos mayores el tejido óseo puede verse afectado con gran severidad. El proceso de remodelación ósea constante que ocurre normalmente durante toda la vida, y que en el adulto conserva un equilibrio entre la reabsorción ósea y la reposición de hueso, se ve alterado con los años por causas celulares y/o hormonales, predominando a partir de la sexta década de la vida la reabsorción sobre la formación ósea (Carriera, Carmona, Quintana, & Alfaro, 2007).

Según lo afirmado por **Holt R y Roberts** G (2010), los cambios óseos son más dramáticos en las mujeres posmenopáusicas y en los hombres mayores de 70 años. En la mujer mayor, posteriormente a la menopausia se produce una disminución de los niveles de estrógeno y alteraciones de los mecanismos de absorción y metabolismo del calcio, lo que produce mayor secreción de hormona paratiroidea incrementando la reabsorción ósea con el fin de mantener el calcio sérico.

La consecuencia, es un hueso de menor densidad (osteoporosis) especialmente del hueso esponjoso, aun cuando también se ve alterado el hueso cortical. Se ha demostrado que a nivel mandibular existe una correlación positiva entre osteoporosis y maxilares severamente reabsorbidos con rebordes maxilares en filo de cuchillo. La pérdida

dentaria induce la reabsorción de la cresta alveolar disminuyendo en altura los rebordes de los maxilares, lo que ocurre progresivamente en el tiempo, de modo que es más grave mientras más prematuras sean las extracciones (Londwns & Robinson, 2006).

1.5.3.1 Cambios en el tejido dentario.

Los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, esclerosamiento, neoformación tisular, etc.) y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros). También debido al tipo de dieta, hábitos dureza de los números y posición que presentan, lo que conlleva a una pérdida en numerosas ocasiones de la dimensión vertical y determina una protrusión mandibular. Los túbulos dentinarios se mineralizan, en la pulpa es afectada la calidad de los vasos sanguíneos por el proceso de envejecimiento, disminuyendo de volumen y tamaño. El depósito de cemento continúa toda la vida y es menor cerca de la unión amelodentinaria y mayor en apical, aunque más grueso, tiene mayor susceptibilidad a las lesiones cariosas (Gshwant & Winkler, 2010).

Aun cuando no se presentan lesiones cariosas y la oclusión sea adecuada, el uso constante hace que los dientes sufran un desgaste natural conocido como atrición. A este hecho se agregan patologías como caries dental, lesiones abfractales, enfermedad periodontal, bruxismo u otros factores como la reacción a los procedimientos odontológicos o al uso de materiales restauradores. Todos ellos construyen agentes irritantes sobre la pulpa que ocasionan procesos reactivos con consecuencias importantes en la estructura dental que complican los tratamientos. En los ancianos prevalece la caries radicular sobre la coronaria, favorecida por la reabsorción gingival la disminución del flujo salival (Candina & Batista, 2009).

1.5.3.2 Cambios en el periodonto

El término “enfermedad periodontal” es un nombre genérico, utilizado para describir un grupo de enfermedades que afectan los tejidos de soporte y protección del diente.

Estos tejidos, que incluyen el ligamento periodontal, hueso alveolar, cemento radicular y encía, reciben en conjunto el nombre de “periodonto”, nombre del cual deriva esta enfermedad. Cuando la inflamación se encuentra limitada a la encía, se habla de Gingivitis, mientras que la extensión del proceso al resto de los componentes del periodonto, se denomina Periodontitis.

La enfermedad periodontal es considerada la segunda causa de pérdida dentaria, después de los 35 años de edad, si bien suele ser más común en los ancianos, los es únicamente por la frecuencia acumulada, sin que sea propiamente una enfermedad de la vejez, sin embargo, en el adulto mayor puede igualar y en muchos casos superar a la caries dental como primera causa. Aunque existen mecanismos inmunológicos estrechamente asociados a su génesis y progresión, su etiología primaria es bacteriana, por lo que al igual que la caries dental es clasificada como una patología infecciosa. En consecuencia las medidas terapéuticas tanto preventivas como curativas, están orientadas a eliminar la mayor cantidad de microorganismos que sea posible, básicamente a través de instrucción de técnicas de higiene adecuadas a cada paciente, en combinación con terapias de remoción de placa bacteriana y otros depósitos por parte del odontólogo (Gshwant & Winkler, 2010).

A medida que pasa el tiempo se nota un estrechamiento del espacio ocupado normalmente por la membrana periodontal. El espesor puede disminuir si no hay actividad en una determinada pieza dentaria, por disminución en la fuerza de los

músculos masticatorios o por depósito de cemento. También se ha observado una disminución en el espesor de la inserción de la adherencia epitelial a medida que pasan los años (Gonzáles, Herrera, Osorio, & Madrazo, 2010).

Por lo antes mencionado Thorstensson (2010), afirma que las técnicas protésicas que se emplean en la rehabilitación oral en el adulto mayor son aproximadamente las mismas que se utilizan en cualquier individuo, solamente se han adaptado a las características de la población, las que son diferentes a las del resto de los adultos y es por esta razón que el protesista debe considerarlas en planificación de los tratamientos (Londwns & Robinson, 2006).

CAPITULO II

2 TRATAMIENTO PROTÉSICO

2.1 Prostodoncia.

Es una rama de la odontología dedicada a la restauración y al mantenimiento de la función oral, su confort, su aspecto y la salud del paciente reemplazando los dientes caídos y los tejidos adyacentes con sustitutos artificiales. Las prótesis aplicadas pueden ser fijas o removibles, según puedan o no ser quitadas. El objetivo de esta práctica consiste principalmente en la restitución de la función masticatoria, además de fines fonéticos, de deglución y estéticos (Asociatión, 2014)

2.2 Tipos de Prótesis Dentales.

Existen diferentes tipos de prótesis dentales en función a la necesidad del usuario.

2.2.1 Prótesis fija

Las prótesis dentales fijas son la solución ideal en cuanto a estética y masticación. Este tipo de prótesis se denomina **corona dental** cuando reemplaza un solo diente o, en el caso de que reemplace varios, se trata de un **puente dental.** Por definición, se fija (es cementada) a uno o más dientes o implantes dentales.

La calidad del resultado depende del material utilizado (cerámica, metal, circonio, etc.), el tiempo empleado y el talento del técnico protésico (Land, 2007).

2.2.1.1 Corona dental

Una corona dental es una especie de casco que se coloca en un diente dañado. Es una sustitución de la parte visible de este diente. La apariencia estética es esencial ya que la corona, al contrario que implante dental, se puede ver, especialmente cuando se sustituye un diente frontal. Su aspecto funcional (estabilidad, solidez) es también muy importante.

2.2.1.2 Puente dental

Un puente dental es una serie de coronas dentales pegadas. Podemos distinguir dos casos: Cuando varios dientes adyacentes necesitan ser tratados, se puede ajustar un puente sobre todos los dientes en cuestión. Cuando un diente necesita ser reemplazado, y no es posible colocar un implante dental que encaje, el puente es soportado por los dos dientes adyacentes. Dicho puente tiene un buen aspecto y es perfectamente funcional. La desventaja es que se tienen que cortar dos dientes sanos y el hueso bajo el diente que está siendo reemplazado se reduce poco a poco. (Monturiol, 2003).

2.2.2 Prótesis removible

Las Prótesis Removibles pueden ser totales o parciales, dependiendo de la unicidad o multiplicidad de elementos dentales a los que se somete al tratamiento.

Una de las ventajas de las prótesis completas removibles es que pueden ser sacadas por el paciente sin la ayuda del odontólogo e higienizarse.

2.2.2.1 Prótesis removible total

Las dentaduras postizas completas son para aquellos pacientes que han perdido todos los dientes naturales en el maxilar superior o inferior, o en ambos. Las dentaduras completas restauran la confianza en el paciente, recuperando su apariencia original, y ayudando al usuario a hablar y comer normalmente.

2.2.2.2 Prótesis removible parcial.

Son para aquellas personas que han perdido algunos dientes, pero no quieren ponerse implantes dentales o puentes, las dentaduras parciales son una opción asequible. Las dentaduras parciales removibles se mantienen en su lugar gracias a los dientes naturales, a gomas de sujeción y una estructura conectiva hecho a base de plástico y metal.

2.2.3 Prótesis sobre implantes.

Las prótesis implantosoportadas consisten en una prótesis que se sujeta con tornillos o cemento sobre los implantes que han sido colocados con anterioridad. Estos implantes deben haber superado la fase de osteointegración, es decir, que se hayan fijado al hueso de la mandíbula correctamente. El objetivo de las prótesis sobre implantes es el de mejorar la estética bucal así como conservar la salud de la boca.

2.2.4 Implantes dentales

Los implantes dentales se utilizan para sustituir piezas dentales que se han perdido. Generalmente están hechos de titanio, que es un material biocompatible y que se suelda con facilidad al hueso de la mandíbula. Un implante dental puede durar décadas siempre y cuando se mantenga un cuidado mínimo que incluya las revisiones dentales y la higiene dental (Rahn, Ivanhoe, & Plummer, 2011).

2.3 Tratamiento Protésico Removible en el Adulto Mayor.

Al Adulto Mayor acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, debido a la adaptación del sistema neuromuscular con los tejidos adyacentes, de la masticación, del habla y de la estabilidad de la prótesis. A pesar de todos los problemas que se pueden presentar, los pacientes necesitan una rehabilitación oral que les devuelva la estética, las funciones bucales, la autoestima, y la relación con sus semejantes y que, además, les permita acceder y/o mantener una vida laboral que ayude a solucionar sus problemas económicos.

Las prótesis completas son necesarias en los casos en los que no faltan una o varias piezas dentales sino que faltan todas. Como es necesario sustituir toda la dentadura, hay que hacer una prótesis completa de los dientes. Existen diferentes tipos de prótesis dentales completas. Por un lado, están las removibles y por otro lado nos encontramos con los implantes dentales completos. Es decir, cuando se realizan implantes para todas y cada una de las piezas dentales de la boca.

Una de las ventajas de las prótesis completas removibles es que pueden ser sacadas por el paciente sin la ayuda del odontólogo e higienizarse. En el caso de las prótesis fijas, como el caso de los implantes, deben permanecer en la boca y se limpian a la misma vez que los dientes (Bartolotti, 2006).

Es necesaria la creación de una dentadura completa si el paciente no tiene dientes en absoluto. En el caso de las dentaduras postizas, éstas se mantienen en su lugar por el efecto de vacío. La utilización de una dentadura puede poner una carga psíquica considerable en algunos pacientes ya que suelen considerarla como una condición que es signo de envejecimiento. En un principio, las prótesis pueden ser un poco incómodas de usar, pero este sentimiento cesará con el paso del tiempo. Desafortunadamente, debido a la continua degradación y la atrofia de la cresta alveolar desdentada, es necesario hacer cambios en la prótesis completa una vez cada 1-2 años y cambiarla cada 5 a 7 años (García, Benet, & Castillo, 2010).

2.4 Factores que influyen en el uso de prótesis.

2.4.1 Sexo:

Los problemas de la vejez afectan más al género femenino, ya que la mujer tiende a vivir más que los hombres, y con ello presenta mayor posibilidad de que su salud se deteriore. En nuestro país la vejez femenina se caracteriza generalmente por enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización.

Algunos estudios indican que éste género presenta una mayor preocupación por el estado de su salud general y oral, demostrada a través de la mayor demanda por atención en los servicios, la extrema irritabilidad y frecuente sensación de ardor de la mucosa, lengua y paladar en mujeres diabéticas y menopáusicas es a menudo diagnosticada como alergia a uno de los componentes de las bases protésicas (Candina & Batista, 2009).

Otro desorden, que ocurre predominantemente en el período post-menopáusico en la mujer es el Síndrome de Sjögren, desorden de etiología poco clara pero con un fuerte componente auto-inmune, que ocurre predominantemente en el período menopáusico y post-menopáusico ,cuyos síntomas son queratoconjuntivitis seca, xerostomía y algunas

veces artritis reumatoídea, lupus eritematoso o esclerodermia y donde la poca lubricación de la saliva debido a cambios degenerativos y consecuente disfunción de las glándulas salivales causan la sensación de ardor en la mucosa y dificultad para comer y tragar con prótesis

La osteoporosis es otra condición sistémica que tiene implicancia en Odontología. Becker demuestra que el 38% de las mujeres sobre 48 años exhiben alto riesgo de osteoporosis y esto se eleva a 64.3% en la población mayor de 50 años. Esta enfermedad se asocia más y progresa más rápido en mujeres y aparece poco después de la menopausia. Se caracteriza por una pérdida de masa ósea que puede provocar una fractura con una carga mínima. La pérdida de hueso puede hacer necesario reemplazar frecuentemente las prótesis dentales (Hunter-Becker, Schewe, & Heipertz, 2011)

2.4.2 Edad

No existen estadísticas nacionales que relacionen personas desdentadas totales y edad, algunos estudios muestran que su número aumenta con el envejecimiento, como también algunas enfermedades de tipo crónico y sistémico.

El uso de prótesis removible, particularmente de las totales, está basado en un muy complejo patrón de coordinación neuromuscular.

La prótesis en sí misma es un implemento sin vida y pasivo, es completamente inútil sin la operación de la neuromusculatura. El anciano realiza la mayor parte de las acciones que estaba acostumbrado a hacer como adulto maduro, pero la destreza de su accionar y el modelo de conducta es más lento. De esta forma acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, debido a la adaptación del sistema neuromuscular (Martinez, 2007).

Llama la atención que los pacientes adultos mayores de más edad han relatado encontrarse satisfechos con prótesis mal ajustadas y están menos dispuestos a solicitar su mejoramiento, que los adultos mayores más jóvenes (Gshwant & Winkler, 2010)

2.4.3 Tipo de Prótesis

Considerando la extensión de la pérdida dentaria y la arcada afectada, se determina el tipo de prótesis, esto es superior o inferior, total o parcial, lo cual afecta en el confort y satisfacción del paciente respecto al tratamiento realizado. El uso o no uso de una prótesis superior o inferior puede estar determinado por múltiples factores: anatómicos, funcionales, mecánicos, estéticos, psicológicos (Gshwant & Winkler, 2010)

.

En estudios que comparan la frecuencia de uso entre prótesis superior e inferior, se observa que el valor relativo de las personas que no las usan o las usan con poca frecuencia es mayor si se refiere a prótesis inferior, un 36,5%, porcentaje que disminuye en el caso de prótesis superiores, en que es aproximadamente un 19,3%. Los adultos mayores que declaran que siempre usan su prótesis superior corresponde al 63,5% y a un 50%, la prótesis inferior (Ponce, 2003)

Otros estudios en nuestro país muestran que un 80,6% de los adultos mayores usaban siempre sus prótesis superiores totales, un 71,9% las 28 superiores parciales, un 52,6% las inferiores totales y un 63,8% las inferiores parciales y que la frecuencia de uso protésico está determinada por la localización de la prótesis (maxilar o mandibular) y no por su extensión (total o parcial) (Misrachi & Ponce, 2009).

La mayor frecuencia de uso de las prótesis maxilares se asocia a una mejor percepción del nivel de salud bucal, no sucede lo mismo con las prótesis mandibulares.

Se ha observado además, que razones comunes que influyen en el grado de satisfacción en pacientes portadores de prótesis removible son: la adaptación del aparato protésico a los tejidos, el número y alineamiento de los dientes, la salud de los tejidos mucosos, gingivales y periodontales, el tipo y confección de los apoyos y retenedores y el material y tipo de base (conector mayor) (Candina & Batista, 2009).

2.4.4 Experiencia Previa

Cada tratamiento debe ser resuelto sobre la base de la individualidad. Experiencias previas desagradables son un factor importante en el comportamiento posterior a la inserción de la prótesis Algunos estudios demuestran que pacientes que nunca han usado prótesis anteriormente, presentan un mayor grado de insatisfacción con su tratamiento que aquellos que presentan una experiencia anterior (Francks & Hedegard, 2008)

2.4.5 Estado de Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como un estado de bienestar, que va más allá de la ausencia de una enfermedad, incidiendo los factores macrosociales de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios. El riesgo de que desórdenes mentales comunes como trastornos depresivos y ansiosos, y sus dificultades asociadas, aumenta gradualmente con el envejecimiento. (Molina, 2014)

El envejecimiento mental normal constituye un deterioro gradual y heterogéneo de diferentes facultades sicológicas, cuantitativas y cualitativas, con cambios mentales que aparecen en diferente forma y combinación, según la personalidad básica, que no implican síntomas clínicos significativos relacionados a la presencia de enfermedades, exposiciones ambientales, y/ o factores propios del estilo de vida (Francks & Hedegard, 2008).

Estudios demuestran que individuos que presentan algún grado de depresión presentan descuido de la higiene oral, mayor consumo de dieta cariogénica, flujo salival disminuido que puede estar asociado a medicación, deterioro oral acelerado, enfermedad periodontal avanzada, disestesias orales y caries rampante y pueden tener efectos significativos en la adaptación a prótesis totales nuevas

Sujetos con deterioro mental portadores de prótesis removible, relatan tener más problemas y menor satisfacción que antes de realizarse el tratamiento, lo que puede ser posible porque al momento de confeccionar las prótesis ya estaban in satisfechos con su condición dental. La evaluación previa del estado de salud mental podría utilizarse como un indicador de éxito de la terapia, ya que puede permitir hacer un pronóstico de la influencia que podría tener la salud mental en la adaptación, adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente (Cracken & Givney, 2008)

2.4.6 Autopercepción de Salud Oral

La forma en que las personas perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar; es decir, que una boca "saludable" contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad. Por ello la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida y está asociada a una variedad de indicadores de salud general y conductas saludables (Rojas, 2014)

Es más, existen estudios que informan sobre la asociación entre la autopercepción de la salud oral global con la autopercepción específica de limitaciones funcionales bucales. Se ha descrito que algunos instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a la salud oral, son sensibles para detectar la influencia de los tratamientos odontológicos en la percepción del paciente sobre su salud oral, lo que podría ser útil

para relacionar satisfacción y percepción del paciente en relación a su rehabilitación (Kôning & Montenegro, 2008)

2.5 Efectos de la Rehabilitación Protésica.

Los pacientes usuarios de prótesis removibles pueden presentar efectos adversos en la salud de los tejidos de soporte. Estos efectos pueden ser divididos en secuelas directas e indirectas

2.5.1 Secuelas Directas.

2.5.1.1 Reabsorción del reborde residual.

La reabsorción de reborde residual alveolar es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes, con una considerable variación interindividual en el grado de pérdida de hueso post extracción dentaria y el uso de prótesis dentales totales siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar. Las consecuencias de la reabsorción del reborde alveolar residual son un problema tanto para el paciente como para el rehabilitador.

2.5.1.2 Reacciones de la mucosa:

- ✓ Estomatitis Sub protésica: Muchos portadores de prótesis removible desarrollan una reacción inflamatoria en la mucosa oral, la cual se denomina estomatitis sub protésica con variados grados de inflamación.
- ✓ Hiperplasias irritativas: como respuesta de las mucosas ante la irritación crónica de una sobre extensión y/o mal ajuste de la prótesis, puede ser una hiperplasia tisular fibrosa, presentando una ocurrencia mayor en el maxilar, sin embargo estas lesiones curan comúnmente sin problemas después de eliminar el área injuriante de la prótesis.

- ✓ Ulceras traumáticas: Se producen frecuentemente los primeros días después de la instalación de las nuevas prótesis, y son causadas, generalmente, por alteraciones oclusales, sobre extensión de flancos y sobre compresiones. Luego de realizar las modificaciones de la prótesis sanan rápidamente.
- ✓ En una Investigaciones realizada por (Lemus, Triana, Fuertes, & Sáez, 2009) Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo, de casos y controles entre septiembre del 2006 y enero del 2008 en la Facultad de Estomatología de La Habana, con el objetivo de identificar la presencia de alteraciones más comunes en los portadores de prótesis bucales en donde se determinó que las lesiones bucales más frecuentes asociadas con el uso de la prótesis estomatológica fueron la estomatitis sub protésica, queilitis comisural y presencia de un 7% de úlceras en la mandíbula
- ✓ Condiciones relacionadas con el uso de las prótesis totales**:** Síndrome de la boca urente y alteraciones en la percepción de sabores. En contraste con la estomatitis sub protésica la cual es frecuentemente indolora el síndrome de boca urente (sensación de quemazón) es una condición caracterizada por ardor y sensación dolorosa en la boca con mucosa normal y no está limitada al uso de prótesis. La lengua es el sitio que puede ser afectado con mayor frecuencia, pero también puedes existir factores locales, sistémicos y psicogénicos.
- ✓ Reacciones alérgicas a los materiales dentales. La sensación de ardor es la que generalmente demuestra una reacción alérgica de los tejidos de soporte al metacrilato de metilo, aunque la base de acrílico de la prótesis tal vez no desempeña ningún papel en el problema, el monómero libre en bases de dentaduras de acrílico puede ser la causa, aunque las alergias al acrílico son muy raras.

2.5.2 Secuelas Indirectas.

2.5.2.1 Función Masticatoria y Fuerza de corte.

Al realizar las mediciones de la función masticatoria, tal como la fuerza del corte y la habilidad de moler los alimentos, se muestran sustancialmente reducidas en los usuarios de prótesis totales en comparación con personas con dentición natural. Cuando se pierden los dientes, el maxilar y la mandíbula sufren un proceso por atrofia difusa. Lo primero a desaparecer es el proceso alveolar, pero la atrofia puede eventualmente envolver partes de los cuerpos del maxilar y de la mandíbula. Estas mudanzas esqueléticas llevan a una alteración considerable del tabique óseo residual en el maxilar y mandíbula.

De ahí la necesidad de restaurar protéticamente a estos pacientes. No solo bajo el punto de vista estético, sino también funcional, devolviendo al paciente la posibilidad de restablecer el equilibrio del sistema estomatognático. Esto puede ser realizado tanto por medio de prótesis convencionales (prótesis fijas y prótesis removibles parciales o totales) o prótesis sobre implantes.

La reducción de la eficiencia masticatoria puede incidir cambios en la selección dietética e ingesta de nutrientes, con el riesgo de perjudicar el estado nutricional, especialmente en los Adultos Mayores que usan dentaduras totales (Freitas & Falcón, 2008).

2.5.2.2 Los trastornos fonéticos.

Este es uno de los problemas comunes en pacientes que se realizan prótesis dentales removibles ya que dificulta el movimiento de los labios en muchas de las ocasiones en pacientes que no están acostumbrados al uso de las prótesis. El análisis fonético es una prueba que realiza el dentista especialista de estética dental, en el que comprueba la

relación entre los dientes, los labios y la lengua en la fonética del paciente, el cual debe de tener mucha armonía y no causar problemas al pronunciar palabras .

2.5.2.3 La estética.

Los avances en el campo de la estética han logrado dar naturalidad en cuanto al color, forma y posición de las piezas dentarias artificiales, pero siempre durante el tratamiento protésico se debe tener en cuenta, la opinión y aceptación del paciente, considerando que la percepción de lo estético es diferente en cada individuo (Pennacchiotti, 2006).

CAPITULO III

3 ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA

3.1 Estomatitis Sub-protésica.

La Estomatitis Sub protésica, es una de las alteraciones que con más frecuencia que se diagnóstica dentro de la Patología Bucal, y se define como una alteración de tipo inflamatoria, que puede degenerar en una lesión hiperplásica si no se trata oportunamente. Generalmente se presenta en la mucosa de soporte, en pacientes total o parcialmente desdentados (mucosoportadas o dento-mucosoportadas) y portadores de prótesis removibles, las cuales se encuentran casi siempre en mal estado. Es por esto que constituye una enfermedad muy prevalente entre los portadores de prótesis removibles, sus reportes, en el nivel de afectación, oscilan entre un 11 y un 67% (Salerno C. , y otros, 2011).

Tradicionalmente ha existido controversia con respecto a la definición más adecuada para esta enfermedad. La primera fue realizada por **Cahn** en 1936 quien la denominó

"Denture sore mouth" , lo que puede ser traducido como llaga o herida. También **Pryor** en 1936 la denominó "Chronic denture palatitis", término con el cual hacía referencia a la cronicidad del proceso y a su ubicación anatómica. Hacia 1963, **Cawson** se refirió a la entidad como "Denture Stomatitis", esta definición es el término más aceptado en la lengua inglesa. También ha sido descrita como: Candidiasis Atrófica Crónica e "Hiperplasia papilar inflamatoria del paladar" estos términos no representan una condición estable debido a que en algunos casos de la entidad no existe esta característica o condición clínico-patológica (Brevis, Cantin, & Brandini, 2008).

La estomatitis sub-prótesis tiene una prevalencia de un 40% en personas entre 50 a 65 años de edad. Presenta un predominio en el género femenino con una relación de 4:1, y su ubicación más frecuente en el maxilar superior (Carriera, Carmona, Quintana, & Alfaro, 2007).

Esta inflamación provoca inflamación, sangrado y sensación de dolor. Se inicia como una lesión inflamatoria por la utilización continua de las prótesis en buen estado o el uso de prótesis mal adaptadas. El riesgo de poseer estomatitis sub protésica aumenta cuando disminuye la higiene bucal y algunos factores locales son fundamentales para el desarrollo de la enfermedad. (Diaz, 2007).

En el estudio de Nápoles (2009), que titula "*Prevalencia de la estomatitis sub protésica*" se encamino a determinar la frecuencia de la enfermedad en 340 pacientes portadores de prótesis acrílica removible y se determinó que 32,95 % padecían de estomatitis sub protésica, se encontró además que el género más afectado por la estomatitis sub protésica fue el femenino con 79 pacientes para un 70,54%, apareció

más en el grupo de edades de 45 a 54 años (33,93%) seguido del de 35 a 44 años con un 26,79% (Nápoles, Díaz, Gómez, Puig, & Casanova, 2009).

En el estudio realizado por Rey D. (2012), que titula ·*Factores Etiológicos y microbiológicos de Estomatitis Sub protésica y su frecuencia, en adultos mayores portadores de prótesis removible parcial o total que pertenecen al centro geriátrico de Vilcabamba de la provincia de Loja durante el periodo enero-julio 2012*", realizada en 57 personas, adultos mayores de 60 años determino que el mayor porcentaje de Estomatitis Sub protésica en el género femenino en un 77.1%, así también se presentó el mayor predominio dentro de un rango de edad entre 76 a 80 años de edad con un 26.3%, y se comprobó que Cándida albicans fue la especie más implicada en la estomatitis Sub protésica con un 45.6%, seguido de Cándida sp. con un 12.2% la cual forma parte de la flora bacteriana normal de la boca (Rey, 2012).

Así mismo en el estudio de Díaz (2007) titulado "Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas" realizado en 68 pacientes de 60 años y más entre hombres y mujeres, portadores de prótesis y que presentaban las lesiones objeto de estudio, entre las que se observa con mayor frecuencia la estomatitis sub protésica, con 24 pacientes para el 35,29 % de los casos, el género predominante resulto el femenino con 37 casos, para el 54,41 % y que el mayor porcentaje de afectación correspondió con las bases acrílicas, (59, para el 86,76 %). La patología de mayor porcentaje, coincidente con la prótesis de este material, resultó la estomatitis sub protésica con 22 casos, para el 91,66 % (Díaz Martell, Martell Forte, & Zamora Díaz, 2007).

En el presente trabajo hemos adoptado la definición Estomatitis Sub Protésica, la cual es aceptada universalmente por diversos autores y resume los aspectos esenciales de la enfermedad: la inflamación y su asociación protésica (Marin & Rojas, 2007)

3.2 Tipos.

Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de Estomatitis Protésica, dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, la cual en el curso evolutivo de la enfermedad sufre modificaciones donde puede variar la gravedad inflamatoria e incorporar cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas (Candina & Batista, 2009).

Dentro de las diferentes propuestas clasificatorias de la enfermedad, la de Newton ha sido una de las más empleadas (Gonzáles, Herrera, Osorio, & Madrazo, 2010).

En este sentido, la clasificación más usada es la descrita por Newton en (1962), quien agrupó la Estomatitis Protésica en tres grados dependiendo la severidad y la extensión de la inflamación ***Tabla Nº 1***

Grado I: *Estomatitis Protésica localizada simple*: Clínicamente se observan áreas hiperémicas en forma de pequeños puntos eritematosos localizados. Esta es considerada la lesión mínima visible a la inspección. También se puede definir como una inflamación de carácter local, con obstrucción de los ductos salivales por la prótesis y con signos inflamatorios mínimos, que se manifiesta con un punteado rojizo sobre la mucosa. Este grado se relaciona más con el trauma por prótesis.

IMAGEN 1 GRADO I. Petequias en tejido Palatino

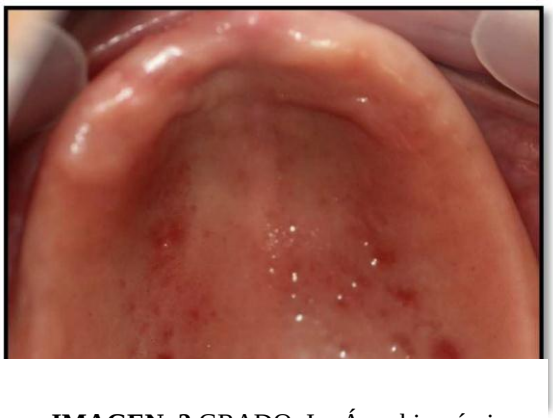


IMAGEN 2 GRADO I. Área hiperémica localizada y puntos eritematosos

Grado II: *Estomatitis Protésica difusa simple*: Se observa una Inflamación difusa o un enrojecimiento generalizado de la mucosa que aparece hiperémica, lisa y atrófica, circunscrita al área cubierta por la prótesis. Se considera una lesión inflamatoria verdadera.

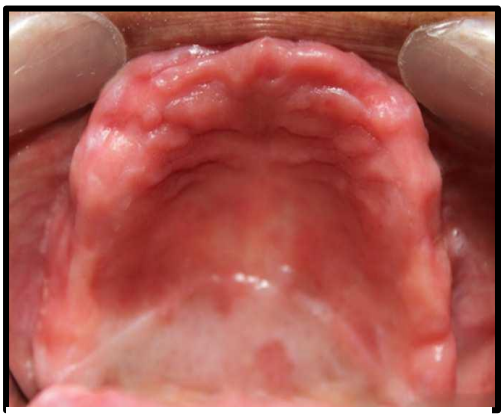


IMAGEN 3 GRADO II. Petequias en tejido Palatino Normal y marcado contorno de la prótesis

Grado III: *Estomatitis Protésica granular o de hiperplasia granular*: Es una inflamación intensa con hiperemia de la mucosa y de aspecto nodular en el área cubierta por la prótesis. Las alteraciones máximas se observan principalmente en la parte central de la mucosa palatina.

IMAGEN 4 GRADO III. Hiperemia de la mucosa y de aspecto nodular en el área cubierta por la prótesis

Según algunos estudios los tipos II y III, se relacionan con la presencia de placa microbiana de origen bacteriano o fúngico en la prótesis y en la mucosa subyacente (Hadjieva, Dimova, & Todorov, 2006) .

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON

TIPO DE ESTOMATITIS	DESCRIPCION
Grado I	• Petequias en tejido palatino normal, usualmente se encuentra alrededor de los orificios de los ductos de glándulas mucosas palatinas. • Área de hiperémica localizada en la zona protésica. • Pequeños puntos eritematosos
Grado II	• Área generalizada de inflamación de la zona protésica. • Dibujo de los contornos de la prótesis • Mucosa de color rojo brillante • Áreas eritematosas difusas
Grado III	• Superficie palatina hiperplásica con inflamación en el área protésica • Mucosa gruesa, con gránulos o aspectos papilar

Tomado de Carreira 2011

En el mismo estudio realizado por Rey D. (2012), realizada en 57 personas, adultos mayores de 60 años entre hombres y mujeres, se determinó un porcentaje elevado de 45.6% que corresponde al grado I: donde se presenta una lesión inflamatoria y eritematosa de aspecto rojo brillante, generalmente asintomática, pueden aparecer puntos Hiperémicos o petequias. El 21.1% de las personas pertenece al grado 2 los cuales presenta áreas eritematosas bien definidas, que dibuja el contorno de la prótesis. Finalmente encontramos un 33.3% de personas con estomatitis grado 3 que presentan Inflamación granular: Lesión más definida, compuesta por una mucosa gruesa con gránulos irregulares que se elevan superficialmente, semejando formas papilares (Rey, 2012).

3.3 Epidemiología.

La incidencia de la estomatitis protésica es variable en las diversas casuísticas del 11% al 30% de los pacientes analizados. A menudo está asociada con la queilitis angular y en el 28%-70% de los casos asociada con la presencia de síntomas con sensación de sequedad, alteraciones del gusto y ardor oral. No parece que existan diferencias significativas en la prevalencia de la estomatitis protésica en base al sexo y a la edad.

3.4 Etiología.

La mayoría de los estudios realizados reportan que la etiología de la Estomatitis Sub protésica es multifactorial. Sin embargo, mencionan como causas las siguientes (Lazarde, 2011)

- Trauma ocasionado por la dentadura (incluyendo uso continuo de la prótesis).
- Higiene de la prótesis (incluyendo reacción a la placa dental).
- Reacción irritante y alergia al material de la base de la prótesis.
- Factores dietéticos (incluyendo los que causan deficiencias hematológicas).
- Infección micótica.
- Factores sistémicos (incluyendo factores predisponentes).

3.4.1 Trauma ocasionado por la dentadura

Por lo general, se admite que es el trauma el causante único de la estomatitis Grado I. Las alteraciones provocadas por estas prótesis inadecuadas, mal ajustadas, pueden tener diferentes orígenes relacionados, por ejemplo, con la impresión definitiva.

En aquellos casos en los que la extensión de la impresión es excesiva encontraremos interferencias de la prótesis con la musculatura de la mejilla que provocarán la

ulceración de la mucosa, fenómeno que con gran frecuencia se observa en la zona del fondo del vestíbulo (Salerno, y otros, 2011)

Es muy frecuente observar la estomatitis asociada a prótesis parciales removibles que presentan diseños incorrectos donde falta el suficiente alivio en las zonas gingivales para dentarias. Dentro del grupo etiopatogénico denominado trauma protético podemos incluir los hábitos incorrectos de utilización de la prótesis por parte del paciente. El uso continuado de la prótesis puede favorecer la ES por varios motivos. Por una parte va a provocar un incremento de las lesiones locales y, por otro lado, aumenta el tiempo de exposición de la mucosa a la placa de la dentadura (factor higienico-infeccioso).

Se ha observado un incremento de la frecuencia y densidad de Cándida Albicans en la superficie de asiento de la prótesis en aquellos pacientes que la utilizan noche y día. Es por ello que muchos investigadores le confieren gran importancia al tiempo de uso diario y recomiendan un receso entre seis y ocho horas al día (Fisher, 2008).

3.4.2 Higiene de la prótesis.

La deficiencia de higiene ha sido considerada como un factor etiológico importante de la ES. Para algunos estudios la placa bacteriana que se forma en la superficie interna de la prótesis es, probablemente, la causa de mayor significado en la etiopatogenia de este proceso.

La formación de la placa bacteriana en la prótesis está facilitada por el acúmulo de residuos debido, no sólo, a una mala higiene, sino también a las limitaciones que en muchas ocasiones ofrece el propio material de base. La porosidad y las irregularidades del relieve de la superficie interna de las prótesis posibilitan el acúmulo de placa. Además en los casos de los pacientes con prótesis parciales removibles la presencia de

dientes con caries o trastornos periodontales, pueden agravar la ES ya presente (Lazarde, 2011).

La temperatura de la boca y la presión negativa en la interfase resina-mucosa permite y facilita la proliferación de microorganismos que estimulan el desencadenamiento de la reacción inflamatoria.

Se ha estudiado la placa bacteriana sobre la prótesis y la mucosa subyacente en pacientes con ES y pacientes sanos, observado una gran variabilidad en la composición de esta placa, donde se incluyen cocos, filamentos y levaduras, entre otros (Carriera, Carmona, Quintana, & Alfaro, 2007).

3.4.3 Reacción irritante y alergia al material de la base de la prótesis.

Se acepta en general que la aparición de una verdadera alergia a los materiales constituyentes de la base protética es rara. Pero lo que se sabe, es que la alergia de contracto a las resinas de las bases protéticas es un fenómeno de hipersensibilidad *Tipo IV* y, para su diagnóstico se precisa con el cumplimiento de ciertos criterios como:

- La exposición previa al alérgeno.
- Patrones patológicos como enrojecimiento, necrosis o ulceración.
- Resolución cuando el alérgeno es retirado.
- Reaparición al exponerse nuevamente el alérgeno.

3.4.4 Factores dietéticos

Dentro de este grupo de factores etiopatogénicos relacionados con la prótesis deben incluirse los factores dietéticos. La ingesta elevada de carbohidratos puede ser un factor agravante en la ES, ya que los hidratos de carbono son un excelente caldo de cultivo para la proliferación de los microorganismos en la placa bacteriana.

Diferentes deficiencias nutricionales tales como bajos niveles en Hierro, Acido fólico o Vitamina B12 también han sido considerados como factores predisponentes (Pardi & Cardozo, 2006).

En relación con los factores higiénicos-dietéticos no debe olvidarse que muchos pacientes portadores de ES son de edad avanzada y, en ocasiones, su alimentación es deficiente, a ello se le suma su habilidad manual disminuida impidiendo una correcta higiene de la prótesis. Todo esto forma un conjunto de fenómenos asociados y difíciles de eliminar (Ezquivel & Galarza, 2006).

3.4.5 Factores sistémicos

Existe un conjunto de enfermedades sistémicas que disminuyen las defensas del organismo, entre ellas la Diabetes, Anemias, Inmunodeficiencias, alteraciones renales, Hipoparatiroidismo, déficit nutritivo, entre otras.

Además permanecen otros factores, también predisponentes, como son la antiobióticoterapia inadecuada, el tratamiento con corticioides o inmunosupresores, ciertos psicofármacos, Xerostomía, tabaquismo, y la radioterapia. (Candina & Batista, 2009)

3.5 Síntomas

Generalmente la sintomatología puede ser variable o estar ausente. En numerosas ocasiones se descubre el proceso al retirar la prótesis en una exploración rutinaria o al inicio de un tratamiento rehabilitador. Se plantea que entre un 28% y hasta un 70% de los pacientes pueden presentar síntomas, señalándose entre estos, sangrado, quemazón, dolor, ardor, prurito, mal gusto, halitosis, xerostomía (Fisher, 2008).

3.6 Diagnóstico

La estomatitis sub protésica asociada a la cándida es caracterizada por eritema crónico y edema de una zona de la mucosa palatina y alveolar que se encuentran en contacto con la prótesis. En raras ocasiones se pueden presentar placas blancas que indican la presencia de afta (Barata, Durán, & Carrillo, 2010)

El diagnóstico es en su mayoría de tipo clínico. La coloración con PAS (ácido periódico de Shiff) por barrido no permite en el caso de estomatitis por prótesis destacar hifas, pero puede detectar la presencia de esporas. En estos casos puede resultar útil un tampón de tejido afectado y de la superficie interna de la prótesis. Una determinación cuantitativa de la cándida puede ayudar en el diagnóstico, aunque (Borromeo y colaboradores) no destacaron diferencias en la concentración de cándida en pacientes con prótesis o sin ellas y sugieren que números específicos de colonias no están en capacidad de diferenciar a los enfermos de los sanos. En el 50% de la población es normal encontrar 1.000 CFU (unidad de formación de colonias/ml, mientras en los pacientes infectados se detectan de 4.000 a 2.000 CFU/ml.

En el caso en que se sospeche de una posible alergia al metilmetacrilato, resulta indicado efectuar una prueba de parche epicutánea, en especial en pacientes con manifestaciones alérgicas anteriores (PRETI, 2007)

3.7 Diagnóstico Diferencial

El cuadro clínica de estomatitis por prótesis es bastante específico, ya que pocas enfermedades se le asemejan. Sin embargo, infecciones producidas por otros microorganismos pueden producir un enrojecimiento difuso similar, ya sea de forma aislada o en combinación con *Cándida.* En ocasiones se produce alergia de contacto al

componente acrílico de la prótesis, en cuyo caso el enrojecimiento no se limitará al tejido adyacente de la prótesis, sino que aparecerá roja toda la superficie mucosa en contacto con el material acrílico. El diagnóstico suele establecerse mediante pruebas epicutáneas del material. De vez en cuando mucositis generalizadas afectarán a los tejidos situados bajo la prótesis, aunque la distribución generalizada de éstos los diferenciará de la estomatitis de dentadura protésica. Algunos de estos pacientes pueden infectarse secundariamente por *Cándida Albicans* (WOOD & GOAZ, 1998)

3.8 Tratamiento

Si tenemos en cuenta todos los factores favorecedores y desencadenantes de la estomatitis protésica, podemos considerar el tratamiento a seguir. En caso de desajuste de la prótesis, habrá que tenerse en cuenta que mientras este desajuste no se elimine difícilmente va a remitir en su totalidad la estomatitis. De cualquier modo, debido a la asociación en un altísimo porcentaje de la infección por hongos, en realidad será un tratamiento combinado a combatir ambos factores a la vez.

Si existiera alergia a alguno de los componentes de la prótesis, evidentemente habría que sustituirlo por otro producto, como el poliestireno (Crissey, 2006).

Puesto que el acumulo de placa es un reservorio de microorganismos muy importante, se debe pensar en primer lugar en eliminarla, mediante el cepillado de la prótesis y los dientes remanentes y lengua después de cada comida y antes de acostarse, así como la utilización de diferentes agentes químicos a tal fin. Este sería el primer paso como profilaxis para evitar el desarrollo de la estomatitis y como coadyuvante al tratamiento una vez instaurada.

(Markovic & Cols, 2012), demostraron que sólo el 30% de las prótesis de los pacientes estudiados aleatoriamente estaban limpias, pero sólo a un 18% se les había informado por su dentista, lo que nos hace pensar en la necesidad de una mayor información sobre los distintos métodos de limpieza, así como de la importancia de la misma para la prevención de la Estomatitis.

En cuanto a los cuidados de la prótesis, lo más aconsejable es retirar la prótesis de la boca durante la noche para permitir que la mucosa se recupere de la presión ejercida y limpiar la prótesis con un agente limpiador antes de dormir. Siempre se aconseja dejar la prótesis en un medio húmedo para evitar los cambios dimensiónales de la misma que se producen al pasar de un medio húmedo a un medio seco, pero si se tiene en cuenta el factor humedad y su relación con la colonización por hongos, es más conveniente secar la prótesis y dejarla guardada en medio seco.

Dentro de los agentes limpiadores tenemos: Hipoclorito sódico al 5% durante 5 minutos. Es el desinfectante más barato, pero tiene el inconveniente de blanquear los dientes de acrílico y sobre todo que corroe los componentes metálicos de la prótesis. Clorhexidina al 0,2% o 0,12%: Es un antiséptico potente frente a gran variedad de microorganismo, incluyendo las levaduras. Bicarbonato sódico al 20%, que al aumentar el pH dificulta la progresión de las Cándidas. La irradiación por microondas (2.450 MHz, 350W), durante 5-6 minutos, produce la desinfección de la prótesis de Cándidas, por lo que puede ser un buen método de esterilización, aunque no resulta tan barato como el hipoclorito y resulta de eficacia similar.

El tratamiento médico va encaminado a la erradicación de la Cándida, mediante antifúngicos tópicos (fases iniciales) o sistémicos en aquellos casos más graves que no responden a los métodos previos o bien en enfermedades sistémicas graves. Los más

utilizados son: - Nistatina, tópica, en enjuagues (5 min 3 veces al día) o pomada (2-4 veces al día en el interior de la prótesis) (Aguirre, Zamacona, Kutz, & Echebarria, 2010)

En resumen, los puntos clave para prevenir y tratar la estomatitis protésica se basan en: - Educar al paciente en las medidas higiénicas adecuadas de boca y prótesis - Retirar la prótesis para descanso nocturno de la mucosa bucal. - Programa de revisión y mantenimiento de las prótesis cada año. - Tratamiento médico y protésico adecuado cuando la estomatitis esté instaurada (Barata, Durán, & Carrillo, 2010).

CAPITULO IV

4 MÉTODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL PARA EL PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS TOTALES.

4.1 Principios de la educación en salud oral

Cabe pensar que las personas mayores no visitan suficientemente al dentista porque vivieron en una época en la que la salud oral no era considerada importante, las intervenciones orales eran más invasivas (en muchas ocasiones, se limitaban a extracciones dentales) y los tratamientos ocasionaban molestias o dolor, y todo ello hacía que la visita al odontólogo causase temor.

Pero se puede afirmar que la odontología ha cambiado y que, hoy en día, la mayoría de tratamientos tienen éxito, independientemente de la edad del paciente.

Los ancianos presentan más problemas de salud oral que el resto de la población. Una buena salud oral contribuye a un mayor bienestar físico y mental. La prevención es muy importante para mantener una correcta salud oral, y eso es aplicable a todas las

edades. La higiene oral diaria extrema (incluyendo cepillado dental, seda, cepillos interproximales) y el uso de algunos colutorios ayudan tanto a la reducción de enfermedades orales como a disminuir la halitosis (mal aliento), que tanto preocupa a algunos pacientes. De todo ello se desprende que los cuidados dentales mejoran la calidad de vida.

En las personas mayores, se recomiendan revisiones odontológicas semestrales para la detección de problemas en fase incipiente.

Finalmente, cabe recalcar que, por supuesto, se puede llegar a una edad avanzada y gozar de una salud oral óptima, pero para ello es muy importante mantener una buena higiene oral y los controles periódicos con el dentista (Sáez, 2016).

4.2 Niveles de Prevención.

Para comprender los objetivos y las actividades de la odontología preventiva es fundamental el estudio de los niveles de prevención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define 3 niveles de prevención como objetivo de la Medicina del Trabajo: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, que suponen técnicas y objetivos diferentes, al unir el criterio del conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas (Del Prado, 2016).

4.2.1 Prevención Primaria.

La prevención **primaria** evita la adquisición de la enfermedad (vacunación antitetánica, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). Previene la enfermedad o daño en personas sanas.

Lleva a cabo durante el periodo prepatogénico y tiene el propósito de mantener y promover la salud, así como de evitar la aparición de la enfermedad. Incluye la promoción de la salud y la protección específica.

Promoción de la salud La promoción de la salud abarca:

- Educación para la salud
- Buenos niveles de alimentación, ajustados a las diferentes fases de desarrollo.
- Atención al desarrollo de personalidad (higiene mental).
- Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.
- Educación sexual y para el matrimonio.
- Consejo genético.
- Exámenes selectivos periódicos.

4.2.2 Prevención Secundaria.

Va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión. La prevención secundaria actúa sólo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.

Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno: Tiene como objetivos detener el proceso de enfermedad para que no avance, prevenir la difusión de enfermedades transmisibles

Limitación de la incapacidad: Es necesario proporcionar tratamiento adecuado para detener la enfermedad y prevenir futuras complicaciones y secuelas, además provisión de facilidades con el fin de limitar la incapacidad y prevenir la muerte

4.2.3 Prevención Terciaria.

Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. La prevención terciaria consiste en la rehabilitación e incluye:

1. Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestrar y educar con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes.

2. Educación del público y la industria para emplear al rehabilitado.

3. Proporcionar trabajo como terapia en los hospitales.

4. Ubicación selectiva.

Se habla en ocasiones de prevención cuaternaria que tiene que ver con las recaídas (Cuenca & García, 2008)

4.3 Objetivos de la higiene en prótesis por parte del profesional.

El profesional debe de cuidar la salud bucal del paciente portador de prótesis dentales de manera muy acertada para lograr la salud bucal constante en los pacientes geriátricos que las usan. Uno de los inconvenientes que presentan las prótesis, si no están correctamente ajustadas, es que los restos alimenticios pueden quedar atrapados entre éstas y la encía, hecho que genera incomodidad a la vez que favorece el crecimiento de bacterias que pueden causar mal aliento.

Además, conlleva problemas psicológicos producidos por la inseguridad que comporta hablar y enseñar las prótesis por lo cual el profesional debe tener muy en cuenta los siguientes objetivos:

- Proporcionar higiene y bienestar al cierre.
- Eliminar partículas de alimentos y microorganismos de las prótesis dentales.
- Eliminar infecciones y lesiones en la mucosa oral
- Mejorar la percepción de la imagen corporal del cliente.

Datos a considerar:

- Edad del paciente
- Estado de salud
- Grado de dependencia o independencia
- Estado de salud de las encías, de la mucosa oral y de la lengua.
- Estado de la dentadura

Habrá un momento en que el paciente estará adaptado y seguramente no tendrá conciencia de llevar una prótesis en su boca, pero es necesario que pase por un periodo de adecuación en el que visite al dentista para realizar los ajustes que sean necesarios. Además, al ser un aparato que se lleva por periodos prolongados, debe existir una buena educación frente a su cuidado y limpieza diaria, para evitar consecuencias mayores (DENTAID, 2008)

4.4 Instrucciones para el paciente.

Las instrucciones apropiadas al paciente son de extrema importancia. En el transcurso del tratamiento se debe enfatizar en el valor psicológico y económico de la Prótesis Dental Parcial Fija y Removible. El prerrequisito para el éxito de una Prótesis Dental Parcial o Total está en un adecuado cuidado casero. El objetivo no se cumple con

sólo colocar una Prótesis dental en una cavidad oral donde no existe limpieza. Esto solamente precipita la inevitable destrucción de los dientes remanentes, por lo tanto, antes de la cita el paciente debe recibir las instrucciones completas en cuanto al cuidado y mantenimiento de los dientes remanentes y de los tejidos blandos (DENTAID, 2008).

La eliminación diaria y cuidadosa del biofilm en la cavidad oral y en las dentaduras; es de suma importancia para reducir cuadros de estomatitis protésica. Para reducir infecciones por bacterias y hongos los pacientes que usan prótesis deben realizar lo siguiente:

1. Limpiar diariamente las prótesis dentales, cepillándolas y sumergiéndolas en un limpiador de dentaduras no abrasivo (comprimidos limpiadores Fittydent®), ya que el dentífrico puede dañar el material de la prótesis.
2. Los limpiadores de prótesis sólo deben utilizarse fuera de la boca.
3. Las prótesis deben lavarse a fondo antes de colocarse en la cavidad oral.
4. Siempre hay que seguir las instrucciones de uso del producto.
5. Las dentaduras postizas nunca se deben poner en agua hirviendo, no deben sumergirse en blanqueadores de hipoclorito sódico, cloro, o en productos que lo contengan, durante más de 10 minutos, pues podrían estropearse.
6. Cuando las dentaduras postizas no estén en la cavidad oral, deben permanecer sumergidas en agua después de la limpieza para evitar que se deformen.
7. Uso de adhesivos para dentaduras postizas.
8. Cuando se usan adecuadamente, pueden mejorar la retención y estabilidad de las prótesis dentales y ayudar a impedir la acumulación de partículas de alimentos por debajo de la prótesis.

9. Por lo tanto, en caso de utilizar de forma prolongada adhesivos para dentaduras postizas, el odontólogo o el higienista dental deben evaluar de forma periódica la calidad de la dentadura y los tejidos en que se apoya.
10. El uso indebido de adhesivos que contienen zinc puede tener efectos adversos sistémicos, por lo que deben evitarse como medida de precaución.
11. Los adhesivos sólo deben utilizarse en la medida justa para proporcionar una retención y estabilidad adecuadas a las prótesis.
12. Es necesario retirar los adhesivos de las prótesis cada día, así como comprobar que no queden restos de ellos en la cavidad oral.
13. Si para alcanzar el mismo nivel de retención de la prótesis se necesita cada vez más cantidad de adhesivo, el paciente debe acudir a la consulta del dentista para que se evalúe el ajuste y la estabilidad de la prótesis.

Los pacientes que llevan dentaduras postizas deben acudir anualmente a la consulta del dentista para el óptimo mantenimiento de la prótesis y para evaluar las posibles lesiones orales y la pérdida de hueso, así como la salud oral (DENTAID, Hábitos de higiene oral en pacientes con prótesis, 2012)

4.4.1 Instrumentos mecánicos de limpieza.

4.4.1.1 Cepillos.

El procedimiento de cepillar las prótesis removibles debe de realizarse de manera muy delicada y con mucho cuidado, para evitar modificar las prótesis o desgastarla con el cepillo el proceso es:

(a) Cerdas duras sobre las superficies externas;

(b) cerdas duras sobre las superficies masticatorias;

(c) Cerdas blandas en el interior del cuerpo protésico.

4.4.1.2 Dentífricos.

El uso de pasta dentífrica para limpiar este tipo de prótesis está contraindicado ya que provoca la opacidad y deterioro de la capa externa de la prótesis eliminando con el tiempo su brillo original, promoviendo la porosidad del material, que en el futuro facilitará la agregación de bacterias a la misma y consigo la formación de placa bacteriana y sarro (Barata, Durán, & Carrillo, 2010).

El dentífrico utilizado junto con el cepillado facilita la remoción de la placa bacteriana. La abrasividad depende de las dimensiones de los gránulos de pasta abrasiva presentes en la mezcla. Con materiales excesivamente abrasivos, los pacientes especialmente escrupulosos y energéticos corren el riesgo de desgastar o deteriorar las superficies en resina de las piezas tratadas. Para el cepillado de las resinas de las bases protésicas es preferible utilizar jabones "no alcalinos" como el jabón de Marsella pero que dejan un sabor difícil de aceptar por los pacientes; en alternativa se pueden utilizar dentífricos de muy bajo grado de abrasividad.

4.4.1.3 Técnica de cepillado de la lengua.

La limpieza de la lengua permite una disminución en la formación de la placa bacteriana, la disminución de la acumulación total de placa, la reducción del número de microorganismos y la reducción de la halitosis

El cepillado de la lengua se realiza tomando el mango del cepillo en ángulo recto con respecto a la línea media de la lengua y las cerdas dirigidas hacia la garganta. Con una ligera presión se hacen rotar las cerdas hacia delante, hasta llegar a la punta de la lengua. Hay algunos métodos que se puede usar para limpiar la lengua y para asegurarse de que no se trate de algo más grave

- Se debe cepillar la lengua con el cepillo dental. Esto liberará las células muertas, las bacterias y los desechos que están atorados entre las protuberancias y las rugosidades de la lengua.
- Se realiza con o sin la pasta dental, pero usarla te dará el beneficio adicional de hacer que tengas mejor aliento.
- No se debe refregar muy fuerte porque puedes irritar tu lengua. ¡No debe doler!
- Se debe raspar la lengua suavemente con un raspador de lengua.
- Algunos cepillos dentales tienen también raspadores de lengua en la parte posterior.
- Raspar completamente, pero con suavidad, de atrás hacia adelante. Trata de no ir muy atrás, pues te puedes provocar arcadas, no debes dejar ninguna herida abierta, ya que te puede exponer a una infección.
- Lavarse la boca cuidadosamente con agua. Esto enjuagará los desechos, las bacterias y las células muertas.
- Debido a que la boca seca también puede provocar la lengua blanca, esto también puede ayudar a que desaparezca (Asociatión, 2014).

4.4.1.4 Colutorios.

Los colutorios deben utilizarse en combinación con las medidas mecánicas de higiene oral (cepillado, hilo de seda, cepillo interdental…) y nunca reemplazarlas; es decir, son complementarios, no sustitutivos. Existen excepciones como por ejemplo pacientes recién operados en la boca y que no pueden realizar sus métodos mecánicos, después de la fijación intermaxilar o después de cirugía maxilofacial tipo ortognática, cosmética; pacientes con dificultades físicas para realizar el cepillado y/o el hilo de seda

y que requieren los agentes antimicrobianos como los colutorios como métodos de higiene (Candina & Batista, 2009).

La clorhexidina en colutorio, así como también en otros vehículos como el gel, dentífricos, spray o gomas de mascar, resulta el agente químico antiplaca más eficaz, también para la desinfección de las prótesis. Para estas últimas también existen varios agentes con base de peróxido de hidrógeno que sirven como ayuda en la limpieza mecánica, pero no pueden sustituirla integralmente (Barata, Durán, & Carrillo, 2010).

4.4.2 Otros limpiadores de dentaduras.

Limpiadores de dentadura caseras muy conveniente pueden hacerse de productos para el hogar común. Dos de ellos son bleach y vinagre.

Los agentes no abrasivos como el jabón o el bicarbonato de sodio pueden utilizarse de manera segura junto con el cepillo. Sin embargo, otros agentes empleados con frecuencia por los pacientes pueden dañar los materiales de las dentaduras. Así tenemos a base de cloro, solución a base de vinagre (Crissey, 2006).

5. MATERIALES Y METODOS

Tipo de investigación

Es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, y de corte transversal.

Universo

Estuvo constituido por 119 Adultos Mayores, pertenecientes a cuatro centros gerontológicos que se encuentran en el sector urbano de la ciudad de Loja.

Muestra

Consta de 68 adultos mayores que son portadores de la prótesis. La selección de la muestra es de tipo no probabilístico debido a que los Adultos Mayores son elegidos a juicio del investigador.

Los criterios de inclusión.

- ✓ Adultos mayores portadores de prótesis dentales totales o removibles.
- ✓ Adultos mayores que estén de acuerdo con formar parte del estudio.
- ✓ Adultos mayores que firmaron el consentimiento.

Los criterios de exclusión

Se tomó en cuenta en el presente estudio son

- ✓ Adultos mayores que no deseen colaborar.
- ✓ IAdultos mayores que no sean portadores de prótesis dentales removibles.

Técnicas

Consentimiento informado, la observación clínica, examen clínico intra-oral y la ficha de recolección de datos.

PROTOCOLO: VALORACION CLINICA DE LA CAVIDAD BUCAL PARA DETERMINACIÓN DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PROTESIS DENTALES REMOVIBLES.

Equipos y Materiales

- ✓ Ficha de observación (realizada por el autor del tema)
- ✓ Equipo de bioseguridad
- ✓ Equipo portátil
- ✓ Set de diagnóstico (espejo bucal, pinza algodonera,)
- ✓ Cámara fotográfica
- ✓ Servilletas de papel
- ✓ Alcohol antiséptico
- ✓ Baberos desechables
- ✓ Mascarilla
- ✓ Guantes desechables
- ✓ Gorro
- ✓ Mandil
- ✓ Gafas protectoras

PROCEDIMIENTO

Se inició con el tràmite de permiso para acceder a cada Centro geriátrico ya así poder ejecutar el trabajo de campo. Se analizó una muestra de 68 personas en total, de todos los adultos mayores de los centros Gerontológicos que son portadores de prótesis dentales removible totales o parciales.

Los participantes del proyecto fueron informados del procedimiento y de las características de la investigación y firmaron el consentimiento informado aceptando su participación en algunos de los casos y en algunos el coordinador del centro firmó como responsable.

La ficha estomatológica para recolectar los datos en los Adultos mayores de los centros Geriátricos, se confecciono con la tutoría y guía de un especialista en la materia de prostodoncia, la misma y fue aplicada a cada una de las personas del estudio, registrando edad, género, tipo de prótesis (prótesis removible parcial o total), material de la que está fabricada (acrílica o aleación de metal cromo - cobalto) y características de la mucosa para determinar qué grado es según la clasificación de Newton.

Recolección de datos:

Una vez firmado el consentimiento por parte de los participantes, se les retiró la prótesis dentales y se realizó un examen intraoral, con la ayuda de un espejo bucal se evaluó el estado total de la mucosa de todas las zonas (palatina, lingual, rebordes alveolares y carrillos) en cada uno de los adultos mayores. Y de esa manera se determinó el grado de la inflamación que presentaban según los criterios según Newton.

Criterios que se tomaron en cuenta según la clasificación de Newton:

- ***Estomatitis sub protésica grado I:*** Áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños punto eritematosos.
- ***Estomatitis sub protésica grado II***: se presenta en la mucosa palatina eritema difuso y en la zona vestibular demarcación de la prótesis, petequias.
- ***Estomatitis sub protésica grado III***: la mucosa palatina se presenta en forma granular o verrugosa, inflamación papilar. Pueden formarse proliferaciones de la mucosa.

Zonas donde se localiza la patología:

- Zona maxilar: comprendida entre paladar duro y blando.
- Zona mandibular: comprendida entre la región anterior de la mandíbula hasta la región retromolar.
- Zona vestibular: comprendida entre la región anterior y posterior del maxilar superior.
- En los dos maxilares se examinó lo rebordes alveolares para determinar la formación de tejido granuloso y crecimiento gingival que puede causar la inflamación

Fuente de Información

La información fue recolectada de manera directa de los adultos mayores mediante la ficha de observación y recolección de datos en los participantes, con el fin de determinar el grado de estomatitis sub protésica, que según la presencia de signos que se observe en la mucosa de los participantes se clasificará en estomatitis grado I, II, III según Newton, así como también observar el tipo de prótesis que poseen, y el material con la que está fabricada.

Plan de análisis: Todos los datos recopilados en la ficha de recolección analizados y procesados, para posteriormente elaborar una base de datos colocados en cuadros estadísticos, usando el programa Microsoft Excel 2013 versión 14.0 , los mismos que permitirán establecer alternativas de solución a la problemática que refiere el presente proyecto.

Consideración Ética: Se aplicará el consentimiento informado a los pacientes si el coordinador del centro lo cree conveniente ya que ellos son los responsables de su cuidado, para de esta manera intervenir directamente con los adultos mayores y así realizar los diagnósticos en los Geriátricos sobre la inflamación de la mucosa oral ocasionada por las prótesis bucales.

6. RESULTADOS

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN EL GÉNERO

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	25	36.8 %
FEMENINO	43	63.2 %
TOTAL	68	100 %

FUENTE: Ficha de recolección de datos
AUTOR: Roberth Francisco Jiménez Novillo

Interpretación

El género con mayor frecuencia de estomatitis Sub Protésica es el femenino con el 63.2 %, (n=43)

Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN EL TIPO DE PROTESIS.

TIPO DE PRÓTESIS	FRECUENCIA	%
REMOVIBLE TOTAL	57	83.8 %
REMOVIBLE PARCIAL	11	16.2 %
TOTAL	**68**	**100 %**

FUENTE: Ficha de recolección de datos
AUTOR: Roberth Francisco Jiménez Novillo

Interpretación

El tipo de prótesis que tuvo mayor frecuencia en los Adultos Mayores son las removibles totales con el 83.8% (n= 57).

Tabla 3. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN EL MATERIAL DE LA PROTESIS.

MATERIAL DE LA PRÓTESIS	FRECUENCIA	%
ACRÍLICO	63	92.7 %
CROMO COBALTO	5	7.3 %
OTROS	0	0 %
TOTAL	**68**	**100 %**

FUENTE: Ficha de recolección de datos
AUTOR: Roberth Francisco Jiménez Novillo

Interpretación

El 92.7 % (n=63) son portadoras de prótesis removibles de acrílico y el 7.3% (n=5) portan prótesis de aleación de cromo – cobalto.

Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN EL GRADO DE LA LESIÓN REFERENTE A LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON.

GRADO DE LA LESIÓN	FRECUENCIA	%
GRADO I	24	35.3%
GRADO II	35	51.5%
GRADO III	9	13.2%
TOTAL	**68**	**100 %**

FUENTE: Ficha de recolección de datos
AUTOR: Roberth Francisco Jiménez Novillo

Interpretación

El grado de estomatitis según la clasificación según Newton, que más se diagnosticó fue el grado II con el 51.5% (n=35), y el menor grado fue el Grado III con el 13.2% (n=9).

7. DISCUSIÓN

Rey D. (2012) determinó en su estudio realizado en un sector de la provincia de Loja que del total de los pacientes que eran portadores de prótesis removibles el 100% presentaban Estomatitis Sub protésica, y que el género que predomino era el femenino con el 77.1%, además se determinó el predominio de las prótesis totales con base de acrílico con un 98.2% en relación a las prótesis parciales removibles.

Aunque el grado de estomatitis que más predomino en su estudio es el Grado I con el 45.6% según la clasificación de Newton, a diferencia del nuestro que fue el Grado II con el 51.5%.

Así mismo en Camagüey, determinó el número de pacientes afectados según género y grado de lesión; el 70.6% pertenecen al género femenino, el 50.7% son del grado II y 49.2% del grado I; El género masculino tiene un 29.4% de los pacientes, y 54.2% con el grado I de estomatitis.

En relación a nuestros datos 63.2% pertenecen al género femenino, en donde el 51,5% tiene estomatitis grado II, y un 35.3% tiene estomatitis grado I; en cambio el género masculino representó el 36.8%. Del total examinado, estos datos revelas que hay mucha semejanza con nuestro estudio con una pequeña variación de 1 a 2 décimas.

En el estudio de Díaz (2007) determinó que, el género predominante resulto ser el género femenino con 37 casos, para el 54,41 % y que el mayor porcentaje de afectación correspondió con las bases acrílicas, que son 59 individuos, que conforman el 86,76 %. La

patología de mayor porcentaje, coincidente con la prótesis de este material, resultó la estomatitis sub protésica con 22 casos, para el 91,66 %

Relacionando este dato respecto al material de la prótesis, se determina mucha relación ya que en los datos del presente trabajo se obtuvo un total de 63 individuos con estomatitis en prótesis con base de acrílico en dando un 92.7% del total.

8. CONCLUSIONES

- Se determinó que la incidencia de la estomatitis sub protésica referente a la clasificación de Newton se encuentra en todas las personas examinadas.

- El género más afectado por la incidencia de esta patología fue el femenino y en su mayoría presentaron Grado II según la clasificación de Newton. En esta incidencia influye el hecho de que la mayoría de las personas que colaboraron en este estudio son de género femenino.

- El Grado de estomatitis Sub protésica más común es la Estomatitis Grado II, en pacientes con prótesis de Acrílico y la mayoría son prótesis totales.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios posteriores que se relacionen con esta enfermedad y que correlacionen con el estado sistémico de la los Adultos Mayores especialmente con los inmunocomprometidos (como pacientes con, diabetes, hipertensión, algún tipo de cáncer, etc.)

- A las autoridades tanto del Ministerio de Salud Pública en conjunto con los alumnos de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, organicen programas de prevención y atención oral y protésica en los Centros Gerontológicos que existen en la ciudad y provincia de Loja con el fin de reducir y controlar al máximo esta enfermedad que afecta a la mayoría de la población portadora de prótesis dentales removibles.

- Se brinde atención odontológica para realizar un saneamiento de las cavidades bucales de los Adultos Mayores que no usan prótesis y que conservan algunas piezas dentales, las mismas que en su mayoría se encuentran en mal estado y ocasionan molestia al individuo.

- La elaboración de un proyecto que introduzca el estudio y correlación con exámenes microbiológicos para determinar el microorganismo que se encuentra con mayor cantidad en la mucosa de los portadores de prótesis dentales, y determinar la posible reinfección por el patógeno.

10. BIBLIOGRAFIA

Aguirre, J., Zamacona, J., Kutz, R., & Echebarria, M. (2010). Estomatitis protésica II. Aspectos histopatológicos, diagnósticos y terapéuticos. . *Vasca Odontologica*, 31-35.

Asociatión, H. D. (05 de 2014). *ODONTOLOGÍA - US.COM*. Recuperado el 25 de 07 de 2016, de http://odontologia-us.com/servicios-dentales/prostodoncia/

Barata, D., Durán, A., & Carrillo, S. (2010). Estomatitis Protésica.Aspectos clínicos y tratamiento. *Facultad de Ciencias de la Salud, 5*(10), 622-627.

Bartolotti, L. (2006). *PROTESIS REMOVIBLE CLASICA E INNOVACIONES* (Vol. 1). Milano, Italia: Masson.

Bascones. (2011).

Brevis, A., Cantin, L., & Brandini, M. (2008). Estomatitis Subprotesis; estudio clinico y Microbiológico de Candida. *Odontostomatol*, 101-108.

Candina, H. J., & Batista, A. H. (Sep- Oct de 2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 28*(3).

Carriera, R. S., Carmona, D. M., Quintana, Z. J., & Alfaro, X. (Octubre - Diciembre de 2007). Cambios bucales en el Adulto Mayor. *Revista Cubana de Estomatología, 44*(4).

Cawson, R. (2009). Enfermedades bucales patológicas. En *FUNDAMENTOS DE MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL* (Segunda ed., págs. 66 - 88). Odell.

Cawson, R. (2009). Enfermedades bucales patológicas. En *FUNDAMENTOS DE MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL* (Segunda ed., págs. 70 - 72). Odell.

Cracken, M., & Givney, M. (2008). *PROTESIS PARCIAL rEMOVIBLE* (10º ed.). pANAMERICANA.

Crissey, J. (2006). Stomatitis, dermatitis and denture materials. *Oral Biol Med*, 45-48.

Cuenca, E., & García, B. (2008). Principios, métodos y Aplicaciones. En *ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA* (Tercera ed., pág. 4). Mexico: MASSON.

Dalmolín, N. (Domingo de 12 de 2011). *Networked Blogs.* Recuperado el 31 de 07 de 2016, de ORIENTAR: http://wwworientar.blogspot.com/2011/03/cambios-en-la-boca-del-adulto-mayor.html

Del Prado, j. (01 de 2016). *BUSINESS SCHOOL*. Recuperado el 29 de 07 de 2016, de Blog de Prevención de Riesgos Laborales: http://www.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/prevencion-primaria-secundaria-y-terciaria/

DENTAID. (2008). *PROTESIS DENTALES, Fijación y limpieza de dentaduras postizas*. Recuperado el 22 de 07 de 2016, de http://www.dentaid.com/es/protesis-dentales

DENTAID. (2012). Hábitos de higiene oral en pacientes con prótesis. *Higienistas VITIS, 25*(2), 1-3.

Díaz Martell, Y., Martell Forte, I., & Zamora Díaz, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas "Juan Guiteras Gener"*, 2-4.

Diaz, M. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriatricos portadores de prótesis estomatológicas. *Revista Cubana de Estomatología*(0034), 034.

EFE. (02 de 06 de 2016). EL PAPA PIDE MAYOR SOLIDARIDAD CON ANCIANOS Y MARGINADOS. *Vistazo*.

Espasandín, G. S., & Martínez, T. I. (2013). Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA*, 236-233.

Ezquivel, R., & Galarza, L. (2006). Envejecimiento y Calidad de Vida. En R. Ezquivel, & L. Galarza, *GERONTOLOGIA SOCIAL.* Barcelona: Herder.

Fisher, A. (2008). Allergic sensitization of the skin and oral mucosa to acrylic denture. *Journal of the American Medical Association, 156*(3), 138 - 142.

Francks, A., & Hedegard, B. (2008). En *Odontologia Geriatrica* (págs. 45-63). España: Panamericana.

Freitas, A., & Falcón, R. (2008). EL SISTEMA MASTICATORIO Y LAS ALTERACIONES FUNCIONALES CONSECUENTES A LA PÉRDIDA DENTARIA. *Revista Odontologica Venezolana, 46*(3).

García, B. Y., & Abreu, C. M. (13 de Febrero de 2012). *Revista de Medicina Isla de la Salud.* (L. G. Rivero, Ed.) Obtenido de Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas Isla de la Juventud.: http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42

García, B., Benet, M., & Castillo, E. (2010). Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. *MediSur, 8*(1).

Gil-Montoya, J., Subirá, C., & González, M. (02 de 2008). *The National Center for Biotechnology Information.* (J. P. Dent, Ed.) Recuperado el 12 de 06 de 2016, de US National Library of Medicine=National Institutes of Health: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18248335

Gonzáles, R. a., Herrera, I., Osorio, M., & Madrazo, D. (enero de 2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Revista Cubana de Estomatología, 47*(1).

Gracey, J., & Craige, D. (2009). ADULTOS MAYORES Y SOCIEDAD. En J. Gracey, & D. Craige, *Desarrollo Psicológico del Adulto MAyor* (págs. 125 - 133). Mexico: Pearson.

Gshwant, B., & Winkler, S. (2010). ODONTOLOESTOMATOLOGÍA EN ADULTOS MAYORES. En *Atención Gerontologica en Odontologia* (tercera ed., págs. 506 - 5012). Bogota, España: Masson.

Gutiérrez, C. G., Medina, L. B., & Sanchez, M. (12 de Agosto de 2013). *International journal of odontostomatology*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000200008&script=sci_arttext

Hadjieva, H., Dimova, M., & Todorov, S. (2006). STOMATITIS PROSTHETICA-A POLYETIOLOGIC DISORDER. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers), 12*(2), 38 - 41.

Hunter-Becker, V., Schewe, H., & Heipertz, W. (2011). Influencia de la Estructura ósea y metabolismo óseo. En *LA REHABILITACION EN EL DEPORTE* (primera ed., págs. 362- 365). España: Paidotribo.

Kane, R., Ouslander, J., & Abrass, I. (2008). *Farmacoteraia Geriatrica Clinica* (Tercera ed.).

Kôning, C., & Montenegro, U. (2008). Influencia de las funciones Cognitivas en la percepción del Adulto Mayor sobre su Salud Oral. 12 - 16.

Land, R. (2007). *PROTESIS FIJA CONTEMPORANEA* (Cuarta ed.). España: Masson.

Lazarde, J. (2011). ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA. *Acta Odontológica Venezolana, 39*(3), Art. Nº 1.

Lee, X., & Gómez, L. (30 de Agosto de 2013). *International journal of odontostomatology.* Obtenido de Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000200018&script=sci_arttext

Lemus, C. L., & Ghols, T. K. (18 de Junio de 2012). *Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal.* Recuperado el 10 de Noviembre de 2015, de Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci_arttext

Lemus, L., Triana, K., Fuertes, L., & Sáez, R. (Enero de 2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Revista Cubana de Estomatología, 46*(1).

Londwns, C., & Robinson, C. (2006). Enfermedades bucales patológicas. En *MEDICINA GERONTOLOGICA, PATOLOGÍA ORAL Y TRATAMIENTO* (tercera ed., págs. 114 - 115). España.

M.S.P. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Quito, Quito, Ecuador.

Marin, D., & Rojas, J. (2007). Comparación de la resolución de la estomatitis Sub Protésica tratada con acondicionador de tejidos blandos y materiales de rebase duro autopolimerizable. *Facultad de Odontología universidad de Antioquia, 19*(1), 21-34.

Markovic, & Cols. (2012).

Martell, D. Y. (2013). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadoresde prótesis estomatológicas. *Rev Cubana Estomatología*, 2-3.

Martinez, F. (2007). *TEMAS PRÁCTICOS DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA* (primera ed., Vol. III). San José, Costa Rica: EUNED.

Melgar, F., & Penny, E. (2012). *GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA PARA EL MÉDICO INTERNISTA* (Primera ed.). Bolivia: La Hogera.

MIES. (2012). Agenda de Igualdad para ADULTOS MAYORES. En M. d. Social. Quito - Ecuador.

MIES. (2012). DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL GERONTOLÓGICA. 22.

MIES, IESS, ISSFA, & ISSPOL. (Diciembre de 2012). DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL GERONTOLÓGICA. *Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas Adultas Mayores*, 12.

Misrachi, C., & Ponce, M. (Diciembre de 2009). Influencia de la Rehabilitación Protésica enla Salud Oral en el Adulto Mayor. *Odontologica Chilena, 53*(2), 19-25.

Molina, H. (Junio de 2014). “EVALUACIÓN DELSISTEMA DE SALUD MENTAL DE CHILE. *WHO - AIMS*(2), 91-112.

Montes, L. (2008). Impacto de la Salud Oral en la Calidad. *Revista Dental de Chile, 92*(3), 29 - 31.

Monturiol, A. (2003). *ATLAS DE PREPARACIONES EN PROTESIS DENTAL FIJA* (Primera ed.). San José, Costa Rica: universidad de Costa Rica.

Moreno, L., & Santiago, B. (2007). Enfermedades Infecciosas. En L. Moreno, & B. Santiago, *ALTERACIONES BUCOGINGIVALES* (págs. 165-180). Mexico: Panamericana.

Nápoles, I., Díaz, S., Gómez, I., Puig, E., & Casanova, Y. (2009). Prevalencia de la estomatitis subprótesis. *Revista Archivo Médico de Camagüey, 13*(1).

OMS. (Septiembre de 2009). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCION EN SALUD BUCAL: http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/

OMS. (2012). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 13 de 06 de 2016, de Organizacion Mundial de la Salud: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

OMS. (Abril de 2012). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.* Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/

OMS. (2013). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 31 de 07 de 2016, de Organizacion Mundial de la Salud.

Pardi, G., & Cardozo, E. (2006). RELACIÓN ENTRE LA PLACA DENTAL Y LA ESTOMATITIS SUB-PROTÉSICA. *Acta Odontológica Venezolana, 41*(1).

Pennacchiotti, V. (2006). *Factores que influyen en el uso de prçotesis removibles en adultos mayores recien rehabilitados.* Recuperado el 14 de 06 de 2016, de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/pennacchiotti_g/sources/pennacchiotti_g.pdf

PENNACHIOTI, V. (2006). *Factores que influyen en el uso de prçotesis removibles en adultos mayores recien rehabilitados.* Recuperado el 14 de 06 de 2016, de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/pennacchiotti_g/sources/pennacchiotti_g.pdf

Pérez, I. S., Arce, C. I., Ferrás, M. L., & Hechavarría, N. V. (2008). El Adulto Mayor, La Familia y la Comunidad. *Correo Científico Médico de Holguín, 3*(12).

Plan Senplades. (2009 - 2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir.* Recuperado el 26 de Octubre de 2015, de Plan Nacional para el Buen Vivir: plan.senplades.gob.ec/ministerio-de-salud

Ponce, M. (2003). *Influencia de la rehabilitación oral en la salud mental y calidad de vida del Cenecente.* Recuperado el 25 de 07 de 2016, de http://biblio.uchile.cl/client/es_ES/default/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f447$002fSD_ILS:447014/ada;jsessionid=7CE801E5920AE04BC1998416270A30C7?qu=Odontolog%C3%ADa&ic=true&ps=1000

PRETI, G. (2007). *Rehabilitación Protésica* (primera ed., Vol. 2). Torino, Italia: AMOLCA.

Quintero, M. (2011). Enfermedades en el Adulto Mayor. En *LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES* (Segunda ed., págs. 25 - 26). Barcelona, España: Habana.

Rahn, A., Ivanhoe, J., & Plummer, K. (2011). *PROTESIS DENTAL COMPLETA* (sexta ed.). Panamericana.

Rey, D. (2012). FACTORES ETIOLÓGICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA Y SU FRECUENCIA EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL O TOTAL QUE PERTENECEN AL CENTRO GERIÁTRICO DE VILCABAMBA DE LA PROVINCIA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO. Loja.

Rojas, G. (2014). Transtornos Cognitivos y Emocionales en el cenecente. *Chile Neuro Psiaquiatria, 33*(5), 39-43.

Sáez, S. (2016). *ASPECTOS DE LA SALUD BUCAL EN LAS PERSONAS MAYORES*. Recuperado el 29 de 07 de 2016, de Generalitat de Catalunya DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL I FAMILIA: http://www.envellimentsaludable.com/portfolio/aspectes-de-la-salut-bucal-en-la-gent-gran/?lang=es

Salerno, C., Pascale, M., Contaldo, M, Esposito, V., Busciolano, M., y otros. (2011). Candida associated denture stomatitis. En C. Salerno, & M. Pascale, *MEDICINA ORAL, PATOLOGIA ORAL Y CIRUGIA BUCAL* (2 ed., págs. 139-143). Bogota, Colombia.

Salerno, C., Pascale, M., Contaldo, M., Esposito, V., Busciolano, M., Milillo, J., y otros. (2011). Medicina oral, patologia oral y cirugia. En *Candida-associated denture stomatitis* (págs. 139 -143).

Sanchez, M., Chabot, N., & Díaz. (2013). PRESENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN PACIENTES PORTADORES DE. *International Association for Dental Research*, 48-57.

V, Carreira, Z., & Alamagro. (2010). La estomatitits Subprotesica en pacientes desdentados totales. *Revista de Cubana de Estomatologia*, 23-25.

VILLACIS, B. (2011). *Institito Nacional de Estadísticas 2011*. Recuperado el 13 de 06 de 2016, de Institito Nacional de Estadísticas y Censos: http://www.inec.gov.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089adultos-mayores-28-se-siente-&Itemid=51&lang=es

Winkler, S. (2006). Atención Gerontologica Integral. En B. Fernandez, & V. Ortega, *ODONTOLOESTOMATOLOGÍA GERIATRICA* (segunda ed., págs. 632 - 648). Madrid, España: convención I.M.

11. ANEXOS

ANEXO 1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar los grados de Estomatitis sub protésica según la clasificación de Newton en los adultos mayores portadores de prótesis bucales removibles de los Centros Gerontológicos del sector urbano del Cantón Loja en el periodo Marzo – Junio 2016.

OBJETIVO ESPECIFICOS.

- Identificar la prevalencia de estomatitis sub protésica de acuerdo a la clasificación de Newton según género.

- Relacionar el grado de Estomatitis Sub Protésica según la clasificación de Newton con el tipo de la prótesis, estado y el material de fabricación de la misma.

ANEXO 2. OFICIO S DIRIGIDOS POR PARTE DE LA COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA A LOS COORDINADORES DE LOS CENTROS GERONTOLOGICOS PARA EL INGRESO A LA INSTITUCIÓN

PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DE Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Of. No. 504-CCO-ASH-UNL
Loja, 19 de julio de 2016

Abg. Mg.
Tania García Córdova
PRESIDENTA DEL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL LOJA
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, me dirijo por medio del presente para solicitar de la manera más comedida, se autorice el desarrollo del tema de tesis titulado **"ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON, EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA"** en la Institución que Usted muy acertadamente dirige, para lo cual se requerirá aplicar las herramientas adecuadas acordes al mencionado tema de investigación. Dicho proyecto será elaborado por el señor **ROBERTH FRANCISCO JIMÉNEZ NOVILLO**, con número de cédula 1104764731, estudiante del X Módulo de la Carrera de Odontología.

Segura de contar con su favorable acogida, le anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

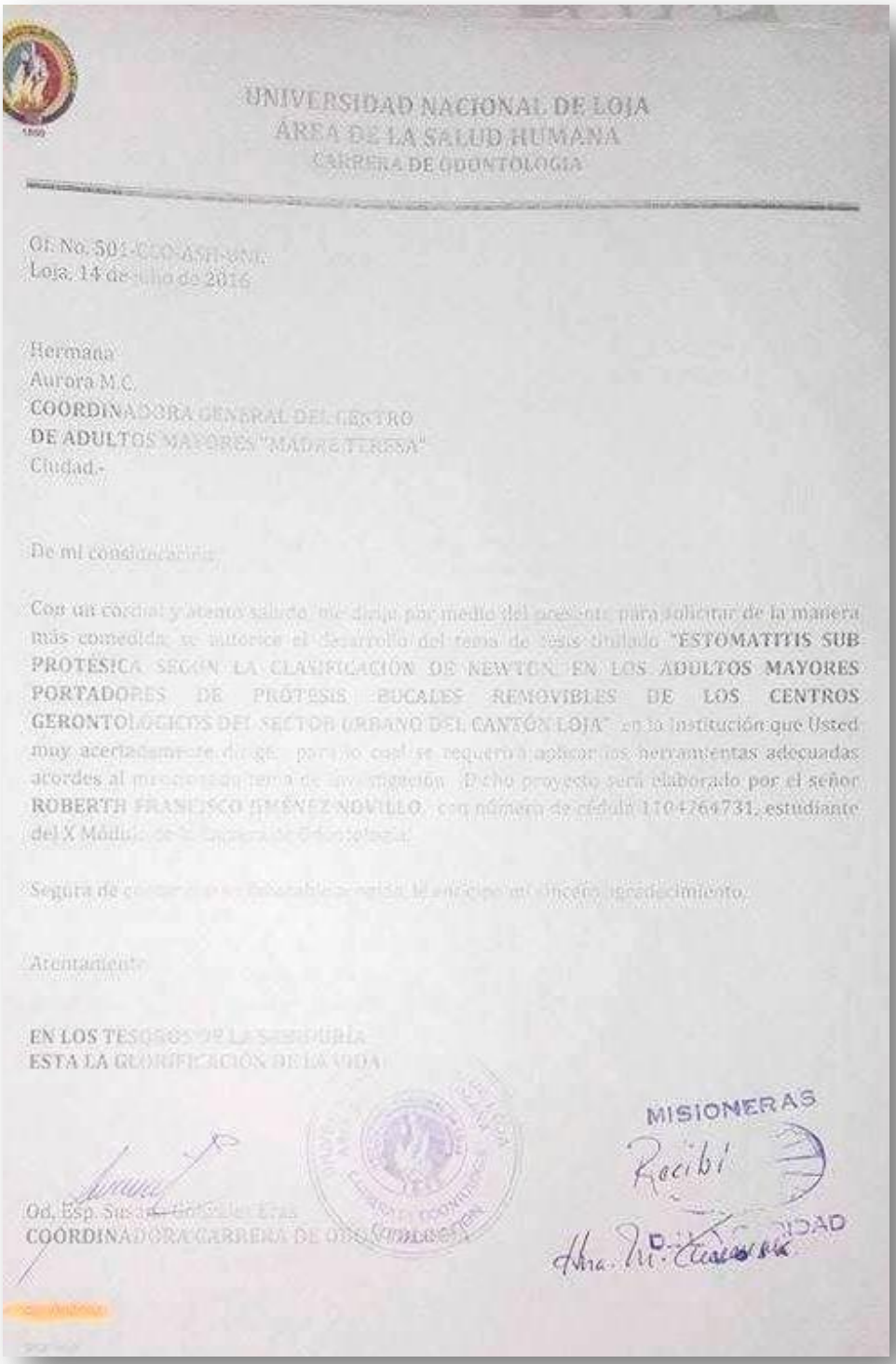
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Od. Esp. Susana González Eras
COORDINADORA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

cc. Archivo
SGE/mjrl

PATRONATO DE AMPARO
SOCIAL MUNICIPAL
RECIBIDO
FECHA 20/07/16 HORA 12:00
SECRETARIA

HOGAR ANTA TERESITA "DEL NIÑO JESÚS" HERMANAS DE LA CARIDAD MADRE TERESA DE CALCUTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Of. No. 501-CEO-ASH-UNL
Loja, 14 de julio de 2016

Hermana
Aurora M.C.
COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO
DE ADULTOS MAYORES "MADRE TERESA"
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo me dirijo por medio del presente para solicitar de la manera más comedida se autorice el desarrollo del tema de tesis titulado "**ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA**" en la institución que Usted muy acertadamente dirige, para lo cual se requiere aplicar las herramientas adecuadas acordes al proceso de la misma. Dicho proyecto será elaborado por el señor **ROBERTH FRANCISCO JIMÉNEZ NOVILLO**, con número de cédula 1104764731, estudiante del X Módulo de la Carrera de Odontología.

Segura de contar con su favorable acogida a la presente me suscribo no sin antes agradecimiento.

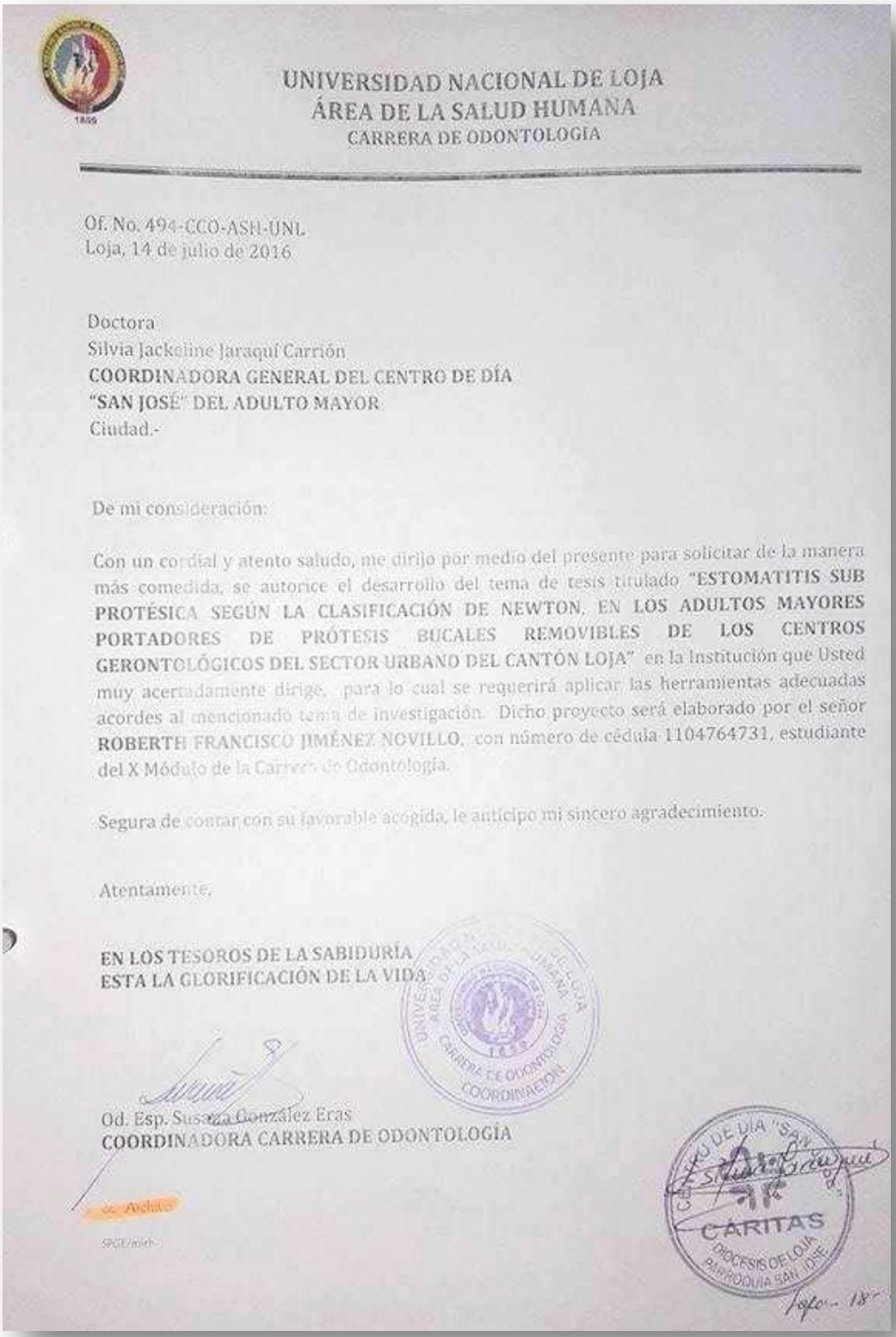
Atentamente,

EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Od. Esp. Susana Cueva Ortiz
COORDINADORA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

MISIONERAS
Recibí
Hna. M. D. Teresita

CENTRO DE DIA “SAN JOSÉ” DEL ADULTO MAYOR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Of. No. 494-CCO-ASH-UNL
Loja, 14 de julio de 2016

Doctora
Silvia Jackeline Jaraquí Carrión
COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO DE DÍA
"SAN JOSÉ" DEL ADULTO MAYOR
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, me dirijo por medio del presente para solicitar de la manera más comedida, se autorice el desarrollo del tema de tesis titulado **"ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON, EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA"** en la Institución que Usted muy acertadamente dirige, para lo cual se requerirá aplicar las herramientas adecuadas acordes al mencionado tema de investigación. Dicho proyecto será elaborado por el señor **ROBERTH FRANCISCO JIMÉNEZ NOVILLO**, con número de cédula 1104764731, estudiante del X Módulo de la Carrera de Odontología.

Segura de contar con su favorable acogida, le anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

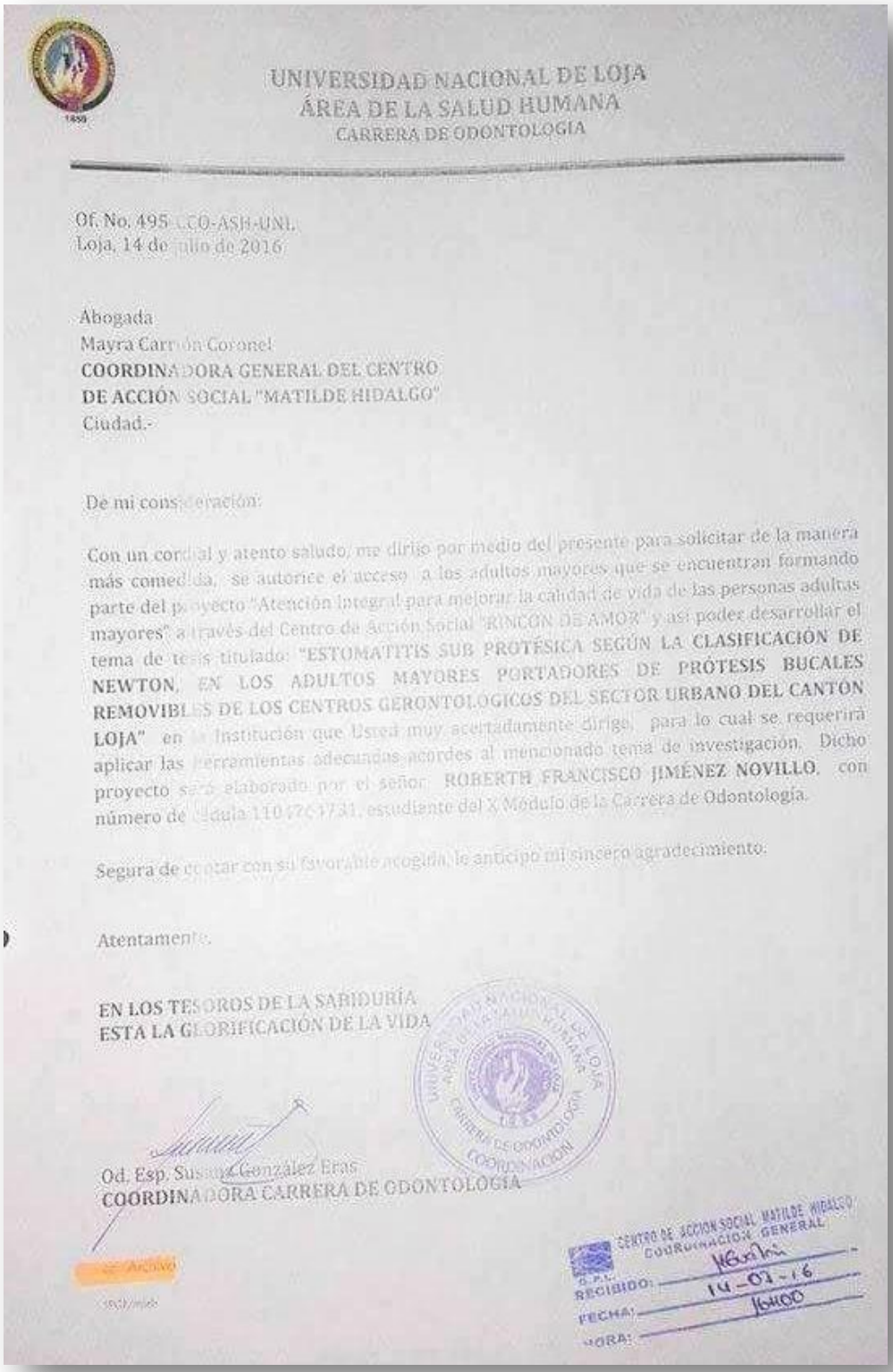
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Od. Esp. Susana González Eras
COORDINADORA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

cc: Archivo
SGE/mlch

CARITAS
DIOCESIS DE LOJA
PARROQUIA SAN JOSE

CENTRO DE ACCION SOCIAL MATILDE HIDALGO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Of. No. 495 -CO-ASH-UNL
Loja, 14 de julio de 2016

Abogada
Mayra Carrión Coronel
COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO
DE ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO"
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, me dirijo por medio del presente para solicitar de la manera más comedida, se autorice el acceso a los adultos mayores que se encuentran formando parte del proyecto "Atención Integral para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores" a través del Centro de Acción Social "RINCÓN DE AMOR" y así poder desarrollar el tema de tesis titulado: **"ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON, EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLOGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTON LOJA"** en la Institución que Usted muy acertadamente dirige, para lo cual se requerirá aplicar las herramientas adecuadas acordes al mencionado tema de investigación. Dicho proyecto será elaborado por el señor **ROBERTH FRANCISCO JIMÉNEZ NOVILLO**, con número de cédula 1104761731, estudiante del X Módulo de la Carrera de Odontología.

Segura de contar con su favorable acogida, le anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Od. Esp. Susana González Eras
COORDINADORA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

C/ Archivo

CENTRO DE ACCION SOCIAL MATILDE HIDALGO
COORDINACION GENERAL
RECIBIDO: 14-07-16
FECHA:
HORA: 16h00

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LOS COORDINADORES DE LOS CENTROS GERONTOLOGICOS PARA EL INGRESO RESPECTIVO

Municipio de Loja

Patronato de Amparo Social Municipal

Ofc. Nro. P-PASML-2016-112
Loja, 26 de julio de 2016

ASUNTO: AUTORIZACION

Odontóloga
Susana González Eras
COORDINADOR CARRERA DE ODONTOLOGIA
Ciudad.

De mi consideración:

En atención al oficio No. 504-CCO-ASH-UNL, del 19 de julio de 2016 y suscrita por usted, en el que solicita se autorice al **Sr. ROBERTH FRANCISCO JIMENEZ NOVILLO**, realizar la investigación correspondiente de tesis para su titulación en el Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor, me permito hacerle conocer que se atendido su pedido favorablemente, con el compromiso que se haga llegar al término de la misma un informe referente a dicho estudio.

El Sr. Jiménez, deberá coordinar con la Lic. Graciela Armijos, Coordinadora del Centro, para ejecutar su investigación.

Particular que pongo a su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,

Abg. Mag. Tania García Córdova
PRESIDENTA DEL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DE LOJA

PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL PRESIDENCIA

TGC/W. Carpio

Loja Alcaldía

La única definición de lo que somos, es lo que hacemos

Bolívar y 10 de Agosto
(07) 2584219 / 2584531
patronato@loja.gob.ec
www.loja.gob.ec

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA DE TESIS

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA

Mediante la presente, reciba un cordial saludo y permítame informarle que usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

Deseamos que usted sepa que:

- El Participar en el presente estudio de investigación es algo totalmente voluntario.
- La investigación puede proporcionarnos conocimientos que ayuden a otras personas en el futuro incluido sus propios familiares (hijos, nietos, etc.)

El propósito del estudio es observar la cavidad bucal y comprobar si usted presenta algún tipo de inflamación a nivel de su mucosa bucal como portador de prótesis dentales ya que de eso se trata el estudio y cabe mencionar que el estudio es completamente voluntario.

La participación suya sólo durará el tiempo que demore visualización de la cavidad bucal y la toma fotográfica de la mucosa. Y esperamos que la información que se obtenga como resultado de este estudio beneficie en un futuro a pacientes con estomatitis Sub protésica y así lograr una mejor calidad de vida en dichos pacientes.

El participar en este estudio no le costará nada. Los investigadores subvencionaran los equipos y los análisis necesarios. Y usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA

Si usted acepta participar en el estudio, lo hace en forma voluntaria, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento.

Yo_____ con número de cédula_____ Certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el estudiante ROBERTH FRANCISCO JIMÉNEZ NOVILLO me ha invitado a participar, de la misma forma soy consciente de que se me ha informado de la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy de acuerdo en formar parte de esta investigación. Comprendo que tengo derecho de rechazar el estudio y de retirarme del mismo en cualquier momento y por cualquier motivo, sin que esto me traiga ningún perjuicio de cualquier índole. Me han informado de la privacidad de mis datos el examen visual y en lo fotográfico de lo cual estoy muy de acuerdo. Reconozco haber recibido una copia del presente formulario para una referencia futura por lo cual:

_____ _____

Firma del Adulto mayor
O huella digital

Firma del Estudiante
C.I:

_____ _____

Firma del Representante
C.I:

Firma del coordinador del Centro
C.I:

A los _____ días del mes de _____ del 2016

ANEXO 5: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA.

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS No ( )

FECHA…… CI……

NOMBRE……..

EDAD ……..……SEXO M( ) F( )

Objetivo: Determinar el grado de estomatitis Sub protésica más común según la clasificación de Newton

TIPO DE PRÓTESIS REMOVIBLE	**Removible Total**	
	Removible Parcial	
MATERIAL DE LA PRÓTESIS	**Cromo cobalto**	
	Acrílico	
	Otros	

ESTADO DE LA PROTESIS	**Bueno**	
	Regular	
	Malo	
Paciente Sano		
GRADOS DE LA CLASIFICACION DE NEWTON		
GRADO I		
• Áreas hiperémicas localizadas.		
• Pequeños puntos eritematosos.		
GRADO II		
• Dibujo de los contornos de la prótesis.		
• Mucosa de color rojo brillante		
• Áreas eritematosas difusas.		
GRADO III		
• Mucosa gruesa, con gránulos o aspectos papilar		

Observaciones

……

……

……

……

……

……..…

ANEXO 6. CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN AL IDIOMA INGLES

Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

C E R T I F I C A:

Que el presente documento es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del artículo derivado de la tesis titulada **"ESTOMATITIS SUB PROTESICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PROTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA"**, autoría de: Roberth Francisco Jiménez Novillo con número de cédula 1104764731, egresado de la carrera de Odontología.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 22 de Agosto de 2016

Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

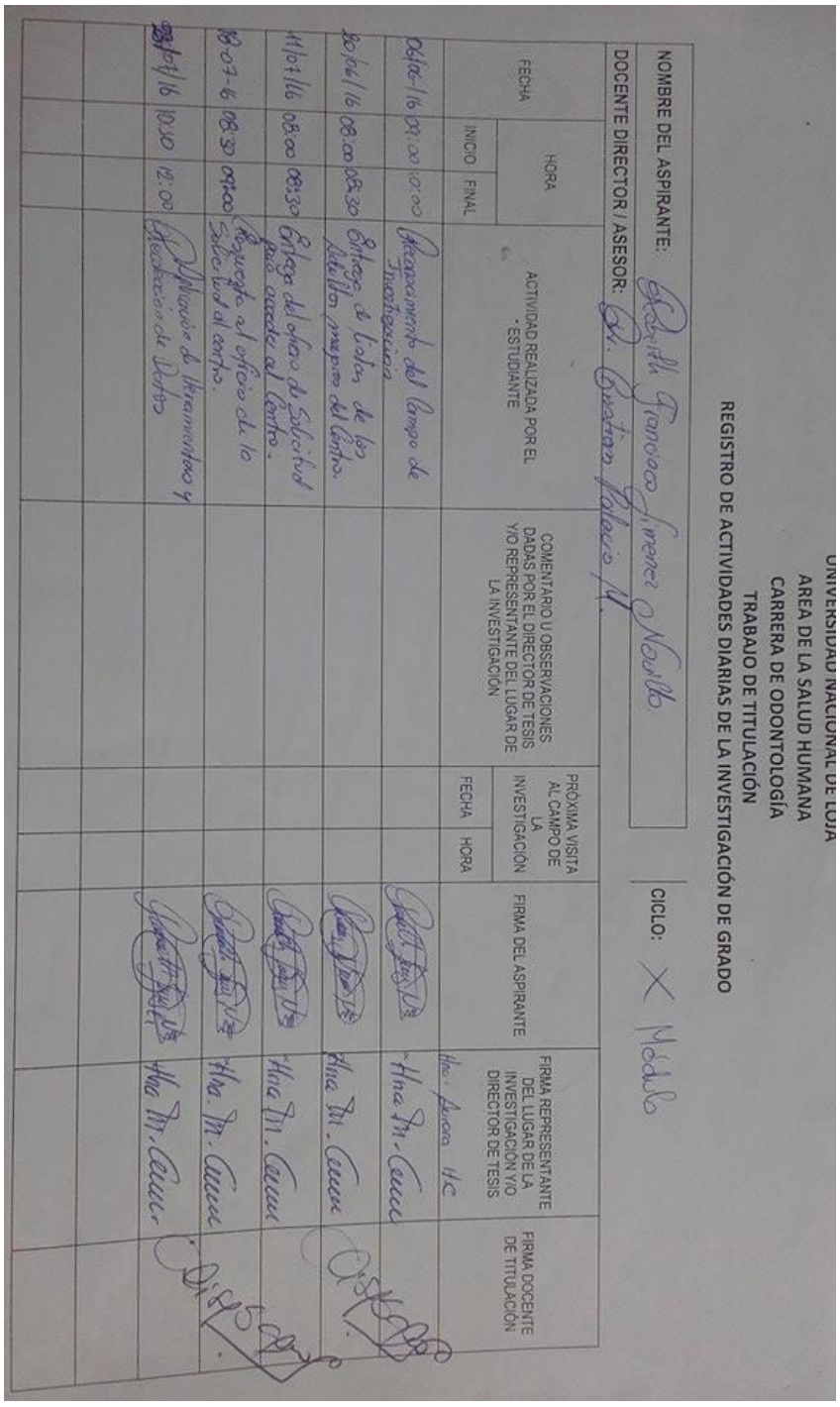
Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

ANEXO 7: REGISTRO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LKOS CENTROS GERONTOLOGICOS

HOGAR SANTA TERESITA "DEL NIÑO JESÙS"HERMANAS DE LA CARIDAD MADRE TERESA DE CALCUTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
TRABAJO DE TITULACIÓN
REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS DE LA INVESTIGACIÓN DE GRADO

NOMBRE DEL ASPIRANTE: Gabriela Francisca Jiménez Novillo — CICLO: X Modulo
DOCENTE DIRECTOR / ASESOR: Dr. Cristian Palacio M.

FECHA	HORA	ACTIVIDAD REALIZADA POR EL ESTUDIANTE	COMENTARIO U OBSERVACIONES DADAS POR EL DIRECTOR DE TESIS Y/O REPRESENTANTE DEL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	PRÓXIMA VISITA AL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN		FIRMA DEL ASPIRANTE	FIRMA REPRESENTANTE DEL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN Y/O DIRECTOR DE TESIS	FIRMA DOCENTE DE TITULACIÓN
	INICIO FINAL			FECHA	HORA			
08/06/16	09:00 10:00	Reconocimiento del Campo de Investigación					Hna. Ana M. Cauce Hna. Ana Mercedes	
20/06/16	08:00 08:30	Entrega de listas de los Adultos mayores del Centro.					Hna. Ana M. Cauce	
11/07/16	08:00 08:30	Entrega del oficio de Solicitud para acceder al Centro.					Hna. Ana M. Cauce	
18-07-16	08:30 09:00	Regreso al oficio de la Solicitud al centro.					Hna. Ana M. Cauce	
25/7/16	10:00 12:00	Aplicación de Instrumentos y Recolección de Datos					Hna. Ana M. Cauce	

CENTRO DE DIA DEL ADULTO MAYOR “SAN JOSÉ”

AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
TRABAJO DE TITULACIÓN
REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS DE LA INVESTIGACIÓN DE GRADO

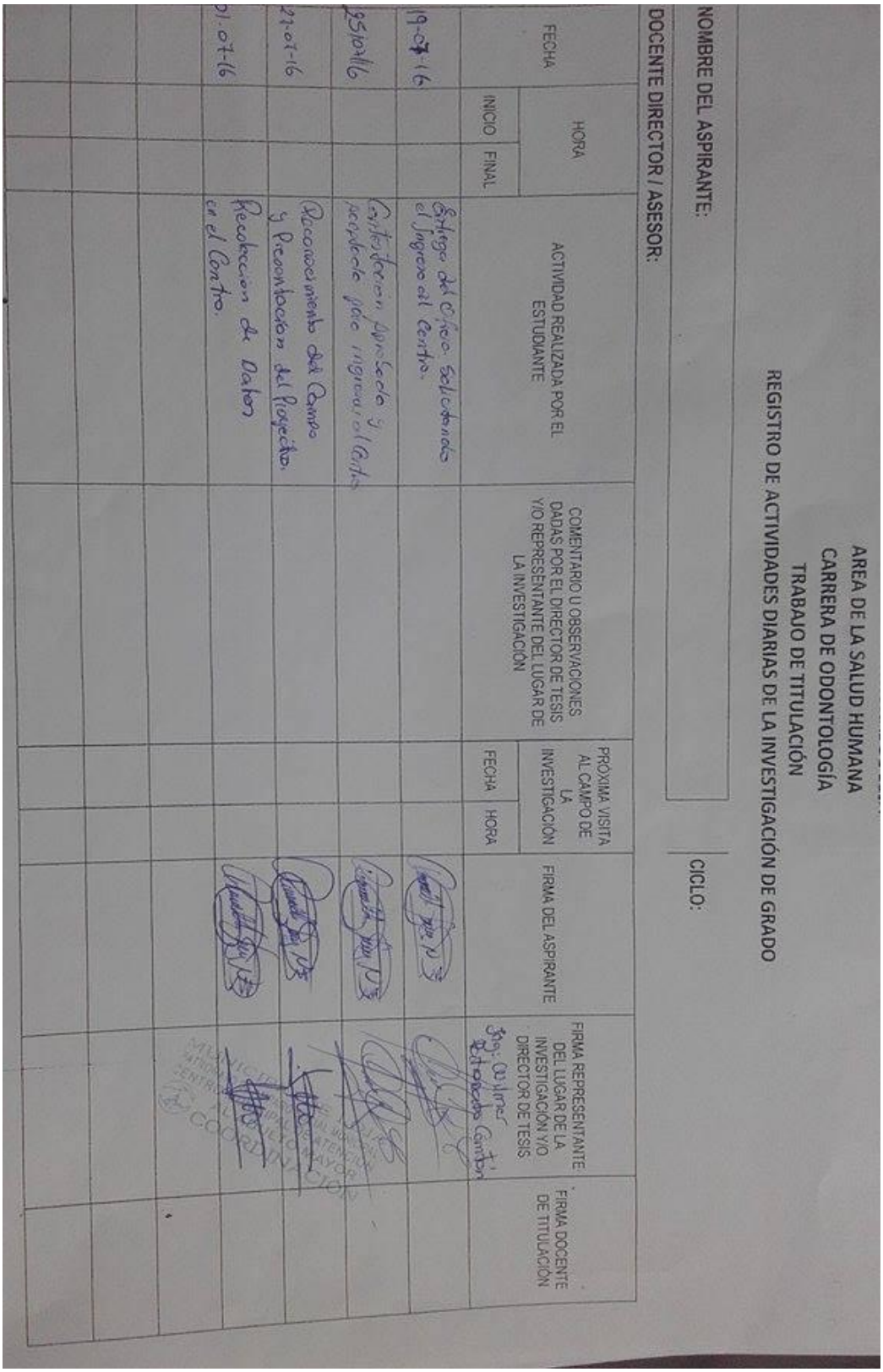
NOMBRE DEL ASPIRANTE: Roberth Fabricio Jaramillo Morocho | CICLO: X

DOCENTE DIRECTOR / ASESOR: Dr. Bolívar Fabricio [illegible]

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ACTIVIDAD REALIZADA POR EL ESTUDIANTE	COMENTARIO U OBSERVACIONES DADAS POR EL DIRECTOR DE TESIS Y/O REPRESENTANTE DEL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	PRÓXIMA VISITA AL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN: FECHA	PRÓXIMA VISITA AL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN: HORA	FIRMA DEL ASPIRANTE	FIRMA REPRESENTANTE DEL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN Y/O DIRECTOR DE TESIS	FIRMA DOCENTE DE TITULACIÓN
06									
06/06/16	08:30	09:45	Reconocimiento del Campo de Investigación.						
20/06/16	09:15	10:00	Visita al centro para Revisar el consentimiento informado						
11/07/16	09:30	10:00	Entrega de oficio de Solicitud para acceder al centro						
25-07-16	09:00	09:30	Respuesta al oficio para acceder al centro.						
27-07-16	10:00	11:00	Aplicación de Herramienta y Recolección de Datos.						

Dra. Deisy Saraguro Ortega
DOCENTE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CENTRO MUNICIPAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR Nº1 LOJA



AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
TRABAJO DE TITULACIÓN
REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS DE LA INVESTIGACIÓN DE GRADO

NOMBRE DEL ASPIRANTE: CICLO:

DOCENTE DIRECTOR / ASESOR:

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ACTIVIDAD REALIZADA POR EL ESTUDIANTE	COMENTARIO U OBSERVACIONES DADAS POR EL DIRECTOR DE TESIS Y/O REPRESENTANTE DEL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	PRÓXIMA VISITA AL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN: FECHA	PRÓXIMA VISITA AL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN: HORA	FIRMA DEL ASPIRANTE	FIRMA REPRESENTANTE DEL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN Y/O DIRECTOR DE TESIS	FIRMA DOCENTE DE TITULACIÓN
19-07-16			Entrega del Oficio Solicitando el Ingreso al Centro.					Dra. Química Estomatólogo Centro	
25/07/16			Capacitación Aplicación y recolección de información del Centro						
21-07-16			Reconocimiento del Campo y Presentación del Proyecto.						
01-08-16			Recolección de Datos en el Centro.						

ANEXO 8: EVIDENCIA FOTOGRAFICA

SOCIALIZACION CON PARTICIPANTES

REGISTRO DE DATOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN

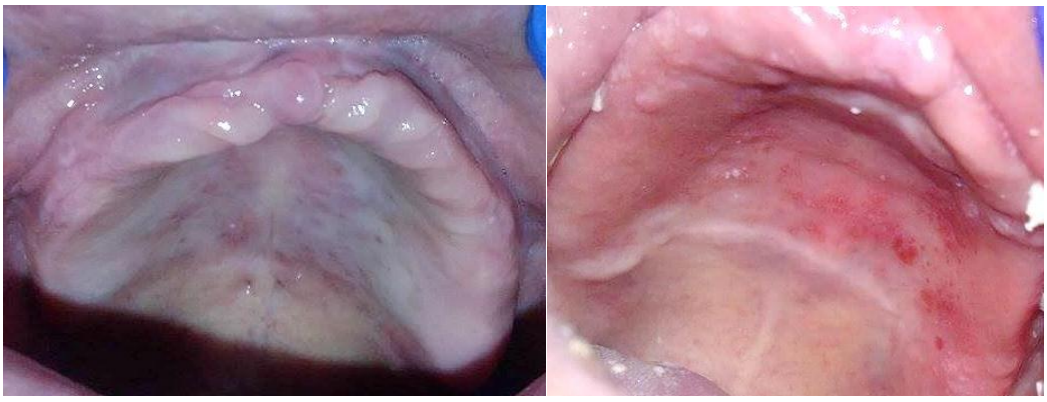
ESTADO DE LAS PROTESIS DENTO MUCO SOPORTADAS Y MUCO SOPORTADAS

REVISIÓN INTRAORAL Y TOMA FOTOGRAFICA

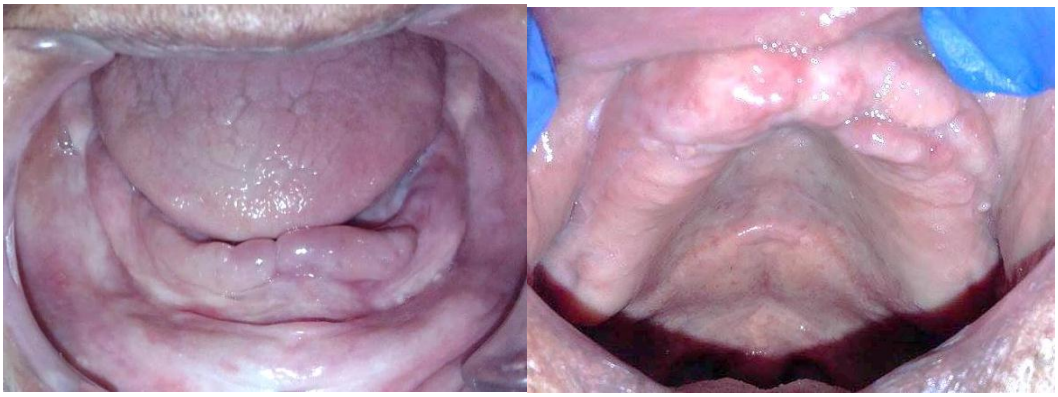
TIPOS DE ESTOMATITIS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON

Grado I

Grado II



Grado III



PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TITULO

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA

AUTOR

Roberth Francisco Jiménez Novillo

DIRECTOR

Dr. Esp. Cristian Palacio Mendieta

Loja - Ecuador

1. TEMA.

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA.

2. PROBLEMAICA

Con la edad, la mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, pero factores locales adquiridos a lo largo de la vida (dieta, prótesis, entre otros), pueden influir en dichos cambios, provocando alteraciones en la mucosa, puesto que se relaciona más directamente con la prótesis dental y sobre ella se asienta. La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica, no fisiológica; los efectos de presión, tracción y empuje que se producen pueden causar acciones irritantes (Lemus & Ghols, 2012)

Las enfermedades buco dentales se encuentran entre las enfermedades de mayor demanda de atención de los servicios del país, y la caries dental que es una de las patologías más prevalentes, seguida de las patologías periodontales, y afecciones de tejidos blandos, y continuando con las mal oclusiones (M.S.P, 2012)

En el estudio de (Bascones, 2011) determinó que la estomatitis sub protésica en una patología inflamatoria que se asocia a la utilización de prótesis dentales removibles y a una de las que con más frecuencia se diagnostica en la cavidad bucal, este problema afecta aproximadamente al 70% de los portadores de prótesis removibles en una población de 120 ancianos realizada en la ciudad de Bogotá,

El Ministerio de Salud Pública asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades,

especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables (Plan Senplades, 2009 - 2013)

La Odontología como una respuesta científico técnica hace presencia desde 1967 dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública, como División Nacional de Salud Bucal y se expresa a través de la promoción de servicios, producción de conocimientos, en estrecha relación con actividades de investigación, planificación, capacitación, monitoreo y evaluación.

La carga de enfermedades bucodentales es particularmente alta en los grupos de población desfavorecidos y pobres, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. La diversidad de las pautas de morbilidad bucodental y las distintas tendencias según el país y la región reflejan los diferentes perfiles de riesgo y la influencia de los programas preventivos de atención bucodental (OMS, 2009).

La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida, especialmente en la población geriátrica, cada vez más numerosa por lo que en nuestro país tenemos un índice de envejecimiento del 25,97% (adultos mayores de 60 años) (OMS, 2009).

El tratamiento de los problemas bucales de los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez (Martell, 2013).

Es relevante destacar el porcentaje que se logró determinar en un proyecto de revisión a largo plazo a pacientes portadores de prótesis removibles en la Palatina Universidad de

CHILE en el cual el 68% de los pacientes presentó alteraciones en la mucosa compatibles con estomatitis sub protésica (Gutiérrez, Medina, & Sanchez, 2013)

Se conoce que la etiología de la estomatitis sub protésica es multifactorial, destacándose la mala higiene, uso prolongado de la prótesis removible, dieta y factores sistémicos y se ha comprobado la relación estrecha del desarrollo del hongo Cándida, apareciendo hasta en el 75 % de los casos (Espasandín & Martínez, 2013).

La estomatitis sub protésica, es un trastorno que resulta cada vez más preocupante, pues además de los problemas propios de la enfermedad, en su terapéutica debe contemplarse el reemplazo de las prótesis y, por consiguiente, la planificación y el empleo sobre el comportamiento de esta enfermedad en el ámbito de acción porque a pesar de ser una lesión estudiada, actualmente se desconoce la magnitud y severidad de la misma, y continúa formando parte de los problemas de salud bucal en los pacientes rehabilitados con prótesis.

En estudios realizados por (García 2012) para determinar el cuál es el género con mayores problemas de estomatitis sub protésica, se determinó que el predominio es en el sexo femenino en un 77,58 %, la disfunción masticatoria se presentó como la afección buco-dental más frecuente en el grupo estudiado, seguida por la estomatitis sub protésica en una población de 130 personas mayores de 60 años (García & Abreu, 2012).

Estudios analíticos determinan que esta enfermedad constituye un factor de riesgo para la aparición de lesiones pre malignas y malignas de la cavidad bucal, por lo que se decide determinar la frecuencia de estomatitis sub protésica en los pacientes rehabilitados por más

de 2 años en cuanto a edad, sexo, localización y grado de severidad de la lesión (V, Carreira, & Alamagro., 2010).

Analizando todo lo planteado anteriormente surge la siguiente interrogante de investigación ¿Cuál es grado más frecuente de Estomatitis sub protésica que presentan los adultos mayores portadores de prótesis bucales removibles de los Centros Gerontológicos del sector urbano del Cantón Loja, según la clasificación de Newton?

P (Población)	Adultos mayores residentes en el asilo Daniel Alveres Sanchez.
I (Intervención)	Estomatitis sub protésica
C (Comparación)	Presencia de estomatitis subprotesica Presencia de candida albicans.
O (Resultado)	Determinación el grado de estomatitis sub protesica asociado a candida albicans

3. JUSTIFICACIÓN

Como una manera de dar respuesta a estas interrogantes, se plantea la presente investigación, con la finalidad de aportar soluciones y recomendaciones para reducir el nivel inflamación de la estomatitis sub protésica y evitar la progresión de la misma en los pacientes geriátricos de nuestra población, la misma que se justifica desde el punto de vista teórico, porque permite identificar y describir con detalle los factores que influyen para el desarrollo de estomatitis por el uso de prótesis removibles en adultos mayores así como el impacto que tienen sus complicaciones en la calidad de vida de dichas personas.

La Universidad Nacional de Loja ante la necesidad de contribuir a la solución de la problemática de salud oral de la provincia de Loja y la región sur del país, a través del Área de la Salud Humana, crea la Carrera de Odontología siendo la primera aprobación el 21 de mayo del 2001, la misma que viene funcionando con sus actividades académico-administrativas en definitiva aprobación el 07 de agosto del 2001; respondiendo así a las necesidades de la región sur del Ecuador que demanda procesos de formación universitaria para contribuir con profesionales críticos con alta calidad científico-técnica, actitud crítica con sentido humanístico y ético, con la finalidad contribuir a mejorar la calidad de vida de la población desde el ámbito de la salud bucal.

Este proyecto, permite conocer la importancia, educación e información sobre una adecuada salud bucal y métodos preventivos para lograr el éxito del tratamiento rehabilitador, orientando a través de programas sociales por parte de las Instituciones de Salud Pública, con la finalidad de desarrollar campañas educativas para prevenir las

extracciones prematuras de las piezas dentarias, logrando alcanzar una mejor calidad de vida para los pacientes. Así como también permitirá sensibilizar en cuanto a la importancia de los hábitos de vida saludable.

En el mismo orden de ideas, se puede enfatizar que el producto de dicha investigación, ofrecerá al gremio médico datos que propicien la correcta difusión y concientización en cuanto a los factores que afectan la salud bucal ocasionando la perdida de piezas dentarias prematuramente. Así mismo, brindar al paciente los conocimientos necesarios para evitar la disfuncionalidad del aparato masticatorio.

Desde una óptica personal, la presente investigación intenta ofrecer una revisión con carácter científico y metodológico, brindando al autor la posibilidad de avanzar a nivel educativo, intelectual y profesional, permitiendo además ampliar su conocimiento en lo referente al uso de herramientas de investigación y revisión documental, así como las referidas a la ciencia de la salud, pretendiendo además, aportar soluciones a un problema de salud pública que tiene dimensiones psicosociales cada vez mayores y, que a través del mismo, se pueda combatir este flagelo, en pro de la salud de toda la comunidad.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar los grados de Estomatitis sub protésica según la clasificación de Newton en los adultos mayores portadores de prótesis bucales removibles de los Centros Gerontológicos del sector urbano del Cantón Loja en el periodo Marzo – Junio 2016.

OBJETIVO ESPECIFICOS.

- Identificar la prevalencia de estomatitis sub protésica de acuerdo a la clasificación de Newton según Sexo.

- Relacionar el grado de Estomatitis Sub Protésica según la clasificación de Newton con el tipo de la prótesis, estado y el material de fabricación de la misma.

5. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1 ADULTO MAYOR

1.1 Definición del Adulto Mayor

1.2 El anciano en la sociedad..

1.3 Los adultos mayores en el Ecuador.

1.4 Salud en el Adulto Mayor.

1.5 Cambios en la Salud Oral del Adulto Mayores

1.5.1 Factores que pueden influir en la salud oral del Adulto Mayor

1.5.2 Atrofia De La Mucosa Oral.

1.5.3 Cambios En El Tejido Óseo.

2 TRATAMIENTO PROTÉSICO

2.1 Prostodoncia.

2.2 Tipos de Prótesis Dentales

2.2.1 Prótesis fija

2.2.2 Prótesis removible

2.2.3 Prótesis sobre implantes.

2.2.4 Implantes dentales

2.3 Tratamiento Protésico Removible en el Adulto Mayor.

2.4 Factores que influyen en el uso de prótesis.

2.4.1 Sexo:

2.4.2 Edad

2.4.3 Tipo de Prótesis

2.4.4 Experiencia Previa

2.4.5 Estado de Salud Mental

2.4.6 Autopercepción de Salud Oral

2.5 Efectos de la Rehabilitación Protésica

2.5.1Secuelas Directas.

2.5.2 Secuelas Indirectas.

3 ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA

3.1 Estomatitis Sub-protésica.

3.2 Tipos.

3.3 Epidemiología

3.4 Etiología.

3.4.1Trauma ocasionado por la dentadura

3.4.2 Higiene de la prótesis

3.4.3 Reacción irritante y alergia al material de la base de la prótesis

3.4.4 Factores dietéticos

3.4.5 Factores sistémicos

3.5 Síntomas

3.6 Diagnóstico

3.7 Diagnóstico Diferencial

3.8 Tratamiento

4 MÉTODOS PREVENTIVOS Y EDUCACIÓN EN SALUD ORAL PARA EL PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS TOTALE

4.1 Principios de la educación en salud oral

4.2 Niveles de Prevención.

4.2.1Prevención Primaria.

4.2.2Prevención Secundaria.

4.2.3Prevención Terciaria.

4.3 Objetivos de la higiene en prótesis por parte del profesional.

4.4 Instrucciones para el paciente.

4.4.1Instrumentos mecánicos de limpieza

4.4.2 Otros limpiadores de dentaduras

6. MATERIALES Y METODOS

Tipo de investigación

El presente estudio titulado "**ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA**", fue de carácter cuantitativo, observacional, descriptivo, y de corte transversal.

Es de carácter cuantitativo ya que se interesa conocer el porcentaje de adultos mayores que presentan estomatitis sub protésica y su prevalencia según la clasificación de Newton.

Analítico porque mediante una ficha de observación, apreciamos sexo de paciente, el tipo de prótesis que usa, el material de que está fabricada, y la diferenciación de los diferentes grados de la patología según una clasificación.

Es de carácter Observacional porque mediante el examen clínico se determinara la situación real en que se encuentra la mucosa bucal de los usuarios de prótesis.

Descriptivo porque se valorará particularidades como zonas de localización, extensión de la lesión, signos de la patología para determinar el tipo de estomatitis según la clasificación de Newton

Por su alcance temporal se define como un estudio trasversal ya que se estudiará las variables simultáneamente en determinado momento, definido entre los meses de Marzo Julio del 2016.

El presente estudio se desarrolló en la Provincia de Loja, en cuatro centros gerontológicos que se encuentran en el sector urbano de la ciudad, los mismos que reunieron a 119 Adultos Mayores lo que conformaría nuestro universo. La selección de la muestra es de tipo no probabilístico debido a que los Adultos Mayores son elegidos a juicio del investigador. Se constituyó una muestra de 68 participantes.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta en el presente estudio son:

- ✓ Adultos mayores portadores de prótesis dentales totales o removibles.
- ✓ Adultos mayores que estén de acuerdo con formar parte del estudio.

Los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta en el presente estudio son

- ✓ Adultos mayores que no deseen colaborar.
- ✓ Individuos jóvenes que trabajan en el centro geriátrico
- ✓ Adultos mayores que no sean portadores de prótesis dentales removibles.

Las técnicas utilizadas para llevar a cabo la presente investigación fueron: el consentimiento informado, la observación clínica, examen clínico intra oral y la ficha de recolección de datos.

PROTOCOLO: VALORACION CLINICA DE LA CAVIDAD BUCAL PARA DETERMINACIÓN DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PROTESIS DENTALES REMOVIBLES.

Concepto.

La Estomatitis Sub Protésica (E.S.P) es un término que ha sido aplicado a la inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis afectando principalmente a la población de edad

avanzada portadores de prótesis dentales, siendo uno de los factores importantes la presencia del hongo cándida (Gonzáles, Herrera, Osorio, & Madrazo, 2010).

Objetivo.

Determinar la presencia de estomatitis Sub protésica según la Clasificación de Newton en los adultos mayores de los centros Gerontológicos del sector urbano del Cantón Loja

Equipos y Materiales

- ✓ Ficha de observación (realizada por el autor del tema)
- ✓ Equipo de bioseguridad
- ✓ Equipo portátil
- ✓ Set de diagnóstico (espejo bucal, pinza algodonera,)
- ✓ Cámara fotográfica
- ✓ Servilletas de papel
- ✓ Alcohol antiséptico
- ✓ Baberos desechables
- ✓ Mascarilla
- ✓ Guantes desechables
- ✓ Gorro
- ✓ Mandil
- ✓ Gafas protectoras

PROCEDIMIENTO

El presente proyecto se inició con la realización de la coordinación escrita correspondientes para cada Centro geriátrico con el fin de lograr el permiso correspondiente para poder ejecutar el trabajo de campo. Se analizó una muestra de 68 personas en total,

de todos los adultos mayores de los centros Gerontológicos que son portadores de prótesis dentales removible totales o parciales.

Previo al procedimiento de recolectar datos, los participantes del proyecto fueron informados del procedimiento y de las características de la investigación y firmaron el consentimiento informado aceptando su participación en algunos de los casos y en algunos el coordinador del centro firmó como responsable.

La ficha estomatológica para recolectar los datos en los Adultos mayores de los centros Geriátricos, se confecciono con la tutoría y guía de uno especialista en la materia de prostodoncia que forma parte de Clínica de la Carrera de Odontología de la UNL, la misma y fue aplicada a cada una de las personas del estudio, registrando edad, genero, tipo de prótesis (prótesis removible parcial o total), material de la que está fabricada (acrílica o aleación de metal cromo - cobalto) y características de la mucosa para determinar qué grado es según la clasificación de Newton.

Recolección de datos:

Para la recolección de datos se realizó un examen intraoral a los Adultos mayores integrantes del proyecto de manera minuciosa, iniciando con retirarles las prótesis que usan y continuar evaluando el estado total de las mucosas, utilizando un espejo bucal para la observación directa de todas las zonas (palatina, lingual, vestibular, rebordes alveolares y carrillos) en cada uno de los adultos mayores. Y de esa manera se determinó el grado de la inflamación que presentaban según los criterios según Newton.

Criterios que se tomaron en cuenta:

- ***Estomatitis sub protésica grado I:*** Áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños punto eritematosos.

- ***Estomatitis sub protésica grado II***: se presenta en la mucosa palatina eritema difuso y en la zona vestibular demarcación de la prótesis, petequias.
- ***Estomatitis sub protésica grado III***: la mucosa palatina se presenta en forma granular o verrugosa, inflamación papilar. Pueden formarse proliferaciones de la mucosa.

Zonas donde se localiza la patología:

- Zona maxilar: comprendida entre paladar duro y blando.
- Zona mandibular: comprendida entre la región anterior de la mandíbula hasta la región retromolar.
- Zona vestibular: comprendida entre la región anterior y posterior del maxilar superior.
- En los dos maxilares se examinó lo rebordes alveolares para determinar la formación de tejido granuloso y crecimiento gingival que puede causar la inflamación

Fuente de Información

La información será recolectada de manera directa de los adultos mayores mediante la ficha de observación realizada por el director y autor del proyecto, hacia los participantes con el fin de determinar el grado de estomatitis sub protésica, que según la presencia de signos y síntomas que se observe en la mucosa de los participantes se clasificará en estomatitis grado I, II, III según Newton, así como también observar el tipo de prótesis que poseen, y el material con la que está fabricada.

Plan de análisis: Todos los datos recopilados en la ficha de recolección analizados y procesados, para posteriormente elaborar una base de datos colocados en cuadros

estadísticos, usando el programa Excel, los mismos que permitirán la elaboración de conclusiones y recomendaciones para lograr establecer alternativas de solución a la problemática que refiere el presente proyecto.

Uso de resultados: Los resultados obtenidos de la presente investigación serán usados para dar a conocer el estado actual de los adultos mayores que forman parte de los centros Gerontológicos del sector urbano Cantón Loja con el fin de lograr mediante datos verídicos tratar de mejorar dicha inflamación y de manera adecuada informar los riesgos de dicha patología y lograr promover un mejor cuidado de la cavidad oral y de las prótesis dentales a los usuarios.

Así mismo esta investigación puede ser utilizada para que los programas de salud pública tengan mayor visión sobre los problemas que afecta a esta población, y posteriormente se puedan elaborar programas de salud odontológica que ayuden a mejorar el estado de los usuarios de prótesis bucales no solo en asilos sino en todos los pacientes geriátricos portadores de prótesis dentales.

Riesgo: De manera general este estudio no representará ni un riesgo para el adulto mayor, ni para el investigador

Consideración Ética: Se aplicará el consentimiento informado a los pacientes si el coordinador del centro lo cree conveniente ya que ellos son los responsables de su cuidado, para de esta manera intervenir directamente con los adultos mayores y así realizar los diagnósticos en los Geriátricos sobre la inflamación de la mucosa oral ocasionada por las prótesis bucales.

7. CRONOGRAME DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE TESIS

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA

ACTIVIDAD	Marzo 2016				Abril 2016				Mayo 2016				Junio 2016				Julio 2016				Agosto 2016			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación y aprobación del proyecto y designación del director del proyecto.	x	x	x	x	x																			
Construcción del marco teórico						x	x	x																
Recolección de la información									x	x	x													
Tabulación de datos												x	x											
Informe Final del trabajo de investigación														x	x	x								
Correcciones																x	x							
Presentación de la tesis																		x	x	x				
Sustentación privada de tesis																						x	x	
Sustentación pública de tesis																								x

Elaborado por: Roberth Francisco Jiménez Novillo **Año:** 2016

8. RESUPUESTO

CANTIDAD	RECURSO	COSTO U.	COSTO TOTAL
200	Paquetes de Servilletas	0.60	1.00
3	Paquetes de Gasas	3.00	9.00
1	caja de guantes	10.00	10.00
1	caja de mascarillas	7.00	7.00
1	Paquete de baberos	8.00	8.00
3	Esferos	0.50	1.50
1	Lápiz bicolor	1.20	1.20
1	Calculadora	12.00	12.00
1	caja de hisopos	1.50	1.50
100	impresiones	0.5	5.00
80	Cultivos microbiológicos	6.00	480
		Total	536.20

Elaborado por: Roberth Francisco Jiménez Novillo

9. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA ODONTOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA DE TESIS

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA

Mediante la presente, reciba un cordial saludo y permítame informarle que usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

Deseamos que usted sepa que:

- El Participar en el presente estudio de investigación es algo totalmente voluntario.
- La investigación puede proporcionarnos conocimientos que ayuden a otras personas en el futuro incluido sus propios familiares (hijos, nietos, etc.)

El propósito del estudio es observar la cavidad bucal y comprobar si usted presenta algún tipo de inflamación a nivel de su mucosa bucal como portador de prótesis dentales ya que de eso se trata el estudio y cabe mencionar que el estudio es completamente voluntario.

La participación suya sólo durará el tiempo que demore visualización de la cavidad bucal y la toma fotográfica de la mucosa. Y esperamos que la información que se obtenga como resultado de este estudio beneficie en un futuro a pacientes con estomatitis Sub protésica y así lograr una mejor calidad de vida en dichos pacientes.

El participar en este estudio no le costará nada. Los investigadores subvencionaran los equipos y los análisis necesarios. Y usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA

Si usted acepta participar en el estudio, lo hace en forma voluntaria, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento.

Yo_____ con número de cédula_____ Certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el estudiante ROBERTH FRANCISCO JIMÉNEZ NOVILLO me ha invitado a participar, de la misma forma soy consciente de que se me ha informado de la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy de acuerdo en formar parte de esta investigación. Comprendo que tengo derecho de rechazar el estudio y de retirarme del mismo en cualquier momento y por cualquier motivo, sin que esto me traiga ningún perjuicio de cualquier índole. Me han informado de la privacidad de mis datos el examen visual y en lo fotográfico de lo cual estoy muy de acuerdo. Reconozco haber recibido una copia del presente formulario para una referencia futura por lo cual:

_____ Firma del Adulto mayor O huella digital

_____ Firma del Estudiante C.I:

_____ Firma del Representante C.I:

_____ Firma del coordinador del Centro C.I:

A los _____ días del mes de _____ del 2016

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA.

ESTOMATITIS SUB PROTÉSICA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE NEWTON EN LOS ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PRÓTESIS BUCALES REMOVIBLES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SECTOR URBANO DEL CANTÓN LOJA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS No ( )

FECHA…… CI……

NOMBRE……..

EDAD ……..……SEXO M( ) F( )

Objetivo: Determinar el grado de estomatitis Sub protésica más común según la clasificación de Newton

TIPO DE PRÓTESIS REMOVIBLE	**Removible Total**	
	Removible Parcial	
MATERIAL DE LA PRÓTESIS	**Cromo cobalto**	
	Acrílico	
	Otros	
ESTADO DE LA PROTESIS	**Bueno**	
	Regular	
	Malo	
Paciente Sano		

GRADOS DE LA CLASIFICACION DE NEWTON	
GRADO I	
• Áreas hiperémicas localizadas.	
• Pequeños puntos eritematosos.	
GRADO II	
• Dibujo de los contornos de la prótesis.	
• Mucosa de color rojo brillante	
• Áreas eritematosas difusas.	
GRADO III	
• Mucosa gruesa, con gránulos o aspectos papilar	

Observaciones

……

……

……

……

……

……..…

OPERACIONALIZACI{ON DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	
DEPENDIENTE Estomatitis Sub Protésica	La estomatitis sub protésica en una patología inflamatoria que se asocia a la utilización de prótesis dentales removibles y a una de las que con más frecuencia se diagnostica en la cavidad bucal mediante la clasificación de Newton	Biológica	**CLASIFICACIÓN SEGÚN NEWTON**	**Grado I**	• Áreas hiperémicas localizadas. • Pequeños puntos eritematosos
				Grado II	• Dibujo de los contornos de la prótesis • Mucosa de color rojo brillante • Áreas eritematosas difusas
				Grado III	Mucosa gruesa, con gránulos o aspectos papilar
INDEPENDIENTE Prótesis bucales removibles	Una prótesis dental, es un artificio que se utiliza para restaurar la fisiología de una o varias piezas dentales, restableciendo también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone la dentición natural y las estructuras periodontales.	Condición Estructural protésica dental	Tipo de Prótesis	Prótesis total	
				Prótesis parcial	
			Material de la prótesis	Acrílico	
				Cromo _ cobalto	
			Estado de la Prótesis	Bueno	
				Malo	
				Muy malo	
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que	Biológico de Pertenencia	• Masculino	**M** = todos los Hombres	

	caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.		• Femenino	**F =** todas las mujeres